

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Tirer la plug!

Michaël Bégin

L’aide médicale à mourir

Tirer la plug!

À propos de l’auteur

© *L’aide médicale à mourir – Tirer la plug!*

16 juin 2025
Michaël Bégin
psydrmic@gmail.com
https://www.unesante.com

Michaël Bégin est un auteur indépendant passionné par les questions sociales, éthiques et médicales. Connu pour son franc-parler et sa plume engagée, il explore sans détour les zones grises du débat public.

Après avoir publié plusieurs ouvrages en accès libre, téléchargés plus de dix mille fois, il poursuit avec *L’aide médicale à mourir – Tirer la plug!* une réflexion percutante sur la fin de vie, les droits individuels et les limites du système de santé.

Sans être médecin, juriste ni politicien, Michaël revendique une parole libre, citoyenne et profondément humaine.

À travers ses textes, il donne la parole à ceux qu’on entend trop peu : personnes atteintes de troubles mentaux, proches aidants, soignants à bout de souffle. Son objectif : éclairer, déranger, provoquer la discussion, et surtout, refuser l’indifférence.

Ce livre n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique professionnelle.

Son contenu repose sur un travail personnel de recherche, de lecture et de synthèse. Il vise à informer le lecteur de manière accessible.

Ce livre a été créé à l'aide de logiciels libres :
LibreOffice, **Debian 12**, **Inkscape**, **Liberation Serif** (police d'écriture) et **Pexels** (Banque d'images libre de droits)

Table des matières

Préface

La mort, dit-on, fait partie de la vie. Pourtant, lorsqu'il est question de la provoquer volontairement, même dans la souffrance extrême, les débats s'enflamment, les frontières se brouillent et les silences deviennent lourds.

« L'aide médicale à mourir – Tirer la plug! » n'est pas un livre comme les autres. C'est un cri lucide lancé dans une époque qui hésite à écouter ceux qui vivent l'impensable : des personnes enfermées dans leur souffrance, souvent incomprises, parfois abandonnées, à qui l'on refuse la sortie que l'on accorde à d'autres. C'est aussi une réflexion courageuse, documentée et profondément humaine sur l'éthique du choix, la dignité, et la nécessité de traiter les malades mentaux avec autant de respect que les autres.

Dans un monde où la technologie peut prolonger la vie bien au-delà du supportable, ce livre rappelle qu'il y a parfois plus d'humanité à laisser partir qu'à retenir.

Le Dr **Philip Nitschke**, fondateur de *Exit International* et pionnier du droit au suicide assisté, écrivait :

> *« Refuser l'accès à une mort assistée aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères et incurables, c'est prolonger inutilement une souffrance que nous ne vivrions jamais nous-mêmes. La compassion ne devrait jamais être conditionnelle à un diagnostic. »*

À travers ce livre, Michaël Bégin ne milite pas seulement pour un changement législatif — il milite pour une évolution morale, pour une société qui ose regarder la souffrance dans les yeux, sans jugement, et qui considère que la liberté de mourir peut être, parfois, la forme ultime de soin.

Dédicace

À tous les médecins, infirmières et professionnels de la santé qui ont le courage d'écouter, d'accompagner et de défendre le droit de mourir dans la dignité.

À tous les organismes qui militent avec cœur et conviction pour que la fin de vie soit un choix, et non une condamnation à la souffrance.

Et à **mon ex-femme**, qui attend depuis cinq longues années l'aide médicale à mourir — que ce livre serve à faire entendre ta voix, et celle de tant d'autres.

Introduction

Il y a des sujets qu’on évite, même dans une société qui prétend tout dire. La mort en est un. Et quand on parle d’aide médicale à mourir — surtout dans le cas des troubles mentaux — on franchit une ligne rouge pour bien des gens. Pourtant, derrière cette ligne, il y a des vies. Des personnes lucides, souffrantes, fatiguées, qui demandent non pas la mort, mais **le droit de ne plus vivre dans l’inhumain**.

Ce livre n’est pas une provocation. Ce n’est pas un plaidoyer simpliste. C’est une tentative honnête de mettre des mots sur une réalité que trop de gens préfèrent ignorer : celle de ceux qui demandent l’aide médicale à mourir et à qui on répond, depuis des années, par le silence, l’attente ou le rejet, simplement parce que leur souffrance n’est pas « physique » ou « terminale ».

Au fil des chapitres, je vous propose une réflexion citoyenne sur les enjeux éthiques, médicaux, politiques et humains liés à l’aide à mourir. Je m’appuie sur des faits, des témoignages, des voix souvent étouffées — celles de malades, de proches, mais aussi de professionnels de la santé qui refusent d’abandonner.

Mon point de départ est simple : **le droit à une mort digne est le prolongement du droit à une vie digne**. Ce livre est donc une contribution au débat, mais aussi un appel à l’écoute, à la nuance, et au respect des choix individuels — même quand ces choix nous dérangent.

Je ne prétends pas détenir la vérité. Je pose des questions. J’ouvre des brèches. Et j’espère que ces pages feront résonner, chez vous aussi, l’idée qu’il est parfois plus courageux d’accompagner quelqu’un vers la mort que de le forcer à survivre dans l’oubli.

Michaël Bégin

Chapitre I – Origines et fondements du débat

Les fondements philosophiques et éthiques de l’AMM

L’aide médicale à mourir (AMM), également appelée euthanasie ou assistance au suicide selon les contextes et les juridictions, constitue l’un des débats éthiques les plus délicats de la médecine contemporaine. Alors que la médecine a longtemps été centrée sur le principe de sauver la vie et de soulager la souffrance, l'AMM introduit une rupture fondamentale : celle de permettre, dans certaines conditions, qu’un professionnel de la santé contribue intentionnellement à mettre fin à la vie d’un patient à sa demande explicite. Cette décision, profondément intime, repose sur des fondements éthiques et philosophiques complexes, enracinés dans des conceptions opposées du rôle du médecin, de la valeur de la vie, de la souffrance, de l’autonomie et de la dignité humaine.

L’autonomie comme fondement moral

Le premier pilier éthique invoqué pour justifier l’AMM est celui de l’autonomie individuelle. Selon les principes de la bioéthique moderne, tout patient compétent dispose du droit fondamental de choisir les soins qu’il accepte ou refuse, y compris le droit de mettre fin à un traitement ou d’exiger une sédation continue jusqu’au décès. L’AMM s’inscrit dans cette logique en prolongeant la portée de l’autonomie jusqu’à l’ultime décision : celle de mourir.

Dans une perspective kantienne, l’autonomie est l’expression de la rationalité humaine et de la capacité de chaque individu à se donner à lui-même ses propres lois morales. Ce pouvoir d’autodétermination, lorsqu’il est exercé de façon lucide et informée, justifie, pour certains philosophes, le droit à l’AMM. En d’autres termes, si une personne juge que sa vie n’est plus vivable, qu’elle est marquée par une souffrance intolérable ou une perte irréversible de dignité, alors la société devrait respecter cette décision ultime comme une expression de liberté.

La dignité humaine : concept pluriel et controversé

La dignité humaine est un concept invoqué tant par les partisans que par les opposants à l’AMM, ce qui montre la richesse mais aussi l’ambiguïté de cette notion. Pour les tenants de l’AMM, la dignité est associée à la capacité de rester maître de son corps, de son destin, et de refuser une déchéance physique ou mentale considérée comme indigne. Mourir dans la douleur, dans la dépendance totale, ou dans l’effondrement de son identité personnelle, peut être perçu comme une atteinte à cette dignité.

Inversement, certains défenseurs de la vie inconditionnelle soutiennent que la dignité est inhérente à l’être humain, quelles que soient ses conditions de vie, et qu’il est donc incohérent de parler de « vie indigne d’être vécue ». Pour cette école de pensée, la dignité ne dépend pas de l’autonomie ni de l’utilité sociale ou fonctionnelle de la personne, mais repose sur le simple fait d’être humain. Permettre l’AMM reviendrait alors à

introduire un jugement de valeur sur certaines vies, ce qui soulève un risque éthique majeur de discrimination implicite envers les personnes âgées, handicapées ou atteintes de troubles mentaux.

Souffrance et compassion : une éthique du soulagement

Le principe de bienfaisance, qui guide les professionnels de la santé dans leur devoir d'agir pour le bien du patient, peut également soutenir l'AMM lorsque la souffrance devient inaltérable, malgré tous les soins palliatifs disponibles. Dans cette perspective, la compassion impose de ne pas prolonger inutilement une agonie, surtout lorsque la personne implore qu'on l'aide à mourir.

La reconnaissance de la souffrance subjective, qu'elle soit physique, psychologique ou existentielle, représente un tournant majeur dans la réflexion éthique. Le seuil de tolérance à la douleur est propre à chacun, et aucun indicateur objectif ne peut pleinement mesurer l'ampleur du désespoir vécu. C'est pourquoi plusieurs législations autorisent l'AMM même en l'absence de pronostic de mort imminente, tant que la souffrance est jugée intolérable par la personne elle-même.

Cependant, l'éthique du soulagement de la souffrance rencontre une limite importante : la difficulté d'évaluer la réversibilité des états psychiques, en particulier dans les troubles mentaux. Là encore, l'enjeu éthique réside dans

l’équilibre entre protection des personnes vulnérables et respect de leur jugement.

Le rôle du médecin : entre soigner et accompagner

Historiquement, le rôle du médecin est ancré dans le serment d’Hippocrate, qui interdit explicitement de donner un poison à un patient, même si celui-ci le demande. Cette tradition repose sur la séparation stricte entre guérir et tuer, entre médecine et mort.

Toutefois, les sociétés modernes ont vu émerger une redéfinition du rôle médical, orientée non seulement vers la guérison, mais aussi vers l’accompagnement de la fin de vie. La médecine palliative, en ce sens, a ouvert la voie à une approche plus holistique du soin, centrée sur le soulagement de la souffrance globale, même lorsque la guérison n’est plus possible.

L’AMM représente, pour certains, l’ultime geste de soin, un acte profondément humain dans des situations extrêmes, où continuer à vivre est perçu par le patient comme une torture. Pour d’autres, elle constitue une transgression inacceptable du mandat médical, un abandon des plus fragiles, et un danger pour la relation de confiance entre patient et médecin.

Justice et équité : qui a droit à mourir ?

La légalisation de l’AMM soulève aussi des questions de justice distributive et d’équité sociale. Si le droit de mourir est reconnu, il doit être accessible à tous, sans discrimination. Cela

suppose un système de santé capable d’offrir un accès équitable aux soins palliatifs, à l’information, au soutien psychologique, et aux évaluations éthiques nécessaires.

Dans certains pays, des critiques ont été formulées sur le risque de « choix contraint » : lorsque des personnes demandent l’AMM non par conviction autonome, mais parce qu’elles se sentent être un fardeau pour leur famille, ou qu’elles n’ont pas accès à des soins adéquats. Dans ce contexte, le choix de mourir pourrait être une fausse liberté, conditionnée par des facteurs sociaux, économiques ou culturels injustes.

L’éthique de l’AMM doit donc tenir compte des inégalités systémiques, et s’assurer que le recours à l’aide à mourir ne devienne pas une solution de dernier recours à la pauvreté, à l’isolement ou à la souffrance évitable.

Conclusion

Les fondements philosophiques et éthiques de l’aide médicale à mourir reposent sur un équilibre fragile entre autonomie et protection, compassion et prudence, dignité subjective et valeur inconditionnelle de la vie. L’AMM ne peut être réduite à une simple option médicale parmi d’autres : elle interpelle notre vision de l’humain, notre rapport à la mort, notre conception du soin et de la responsabilité collective.

Dans un monde où les avancées médicales permettent de prolonger la vie bien au-delà de ce que la nature permettrait, le débat sur l’AMM devient aussi un débat sur les limites de la

médecine, sur le sens de la souffrance, et sur la manière dont une société choisit d’accompagner ses membres jusqu’à la fin.

Souffrance, autonomie et dignité : enjeux du droit de mourir

La souffrance comme réalité vécue et comme critère éthique

La souffrance constitue souvent le point de départ de la demande d’aide médicale à mourir. Qu’elle soit physique, psychologique, spirituelle ou existentielle, elle affecte profondément la perception qu’un individu a de sa propre vie, de sa valeur, de son avenir. L’éthique médicale contemporaine reconnaît de plus en plus la souffrance non comme un simple symptôme objectif, mais comme une expérience subjective, intime, parfois indicible, que seul le patient peut pleinement mesurer.

Dans ce contexte, refuser l’AMM à une personne qui exprime lucidement son désespoir peut apparaître comme une forme d’indifférence ou d’injustice morale. Le soulagement de la souffrance, qui constitue l’un des buts fondamentaux de la médecine, ne peut se réduire à des interventions techniques ou pharmacologiques lorsque la personne affirme que rien ne peut plus atténuer sa détresse.

Cependant, admettre que la souffrance puisse justifier une aide active à mourir implique de tracer une frontière délicate : quelles souffrances sont jugées suffisantes pour autoriser un tel geste ? Et qui en décide ? Si l’on reconnaît à la personne souffrante l’autorité éthique sur son propre vécu, alors le critère

ne peut qu’être subjectif. Mais si l’on souhaite maintenir un cadre légal rigoureux, il devient nécessaire d’objectiver cette souffrance, ce qui revient parfois à nier ou à minimiser l’expérience vécue par l’individu.

L’autonomie : fondement d’un droit, limite d’un devoir

L’autonomie est souvent présentée comme la pierre angulaire du droit à mourir. En tant que capacité de faire des choix libres, éclairés et cohérents avec ses valeurs, elle donne à l’individu le pouvoir de disposer de sa vie comme il l’entend, y compris d’y mettre un terme lorsqu’il juge que les conditions d’existence sont devenues inacceptables.

Cependant, l’autonomie n’est jamais absolue. Elle est toujours exercée dans un contexte, sous l’influence de facteurs sociaux, culturels, psychologiques. La société a donc le devoir de s’assurer que cette autonomie est réelle, et non illusoire ou contrainte. Une personne pauvre, isolée, en manque de soins, peut être poussée à demander l’AMM non parce qu’elle le souhaite profondément, mais parce qu’elle ne voit aucune autre issue.

Par ailleurs, l’invocation de l’autonomie peut entrer en tension avec d’autres principes éthiques, comme la non-malfaisance ou la solidarité collective. Doit-on toujours accéder à la demande d’un patient sous prétexte qu’il est autonome ? La réponse n’est pas simple. Elle nécessite une évaluation attentive de la

capacité décisionnelle, de la constance de la demande, et des alternatives offertes.

Enfin, l’autonomie est parfois invoquée comme un devoir, ce qui est plus problématique : dans une société valorisant l’indépendance et la performance, certaines personnes vulnérables peuvent se sentir implicitement poussées à mourir pour ne pas « déranger » ou « coûter cher ». Il devient alors urgent de défendre une autonomie accompagnée, soutenue, et non abandonnée à elle-même.

Dignité humaine : une notion plurivoque au cœur du débat

La dignité humaine est l’un des concepts les plus fréquemment évoqués dans les débats sur l’AMM, mais aussi l’un des plus ambigus. Elle peut être conçue de deux façons radicalement différentes.

Dans une conception **subjective**, la dignité est liée à l’estime que la personne a d’elle-même, à sa capacité à vivre selon ses valeurs, à préserver son intégrité physique, morale et sociale. Une vie marquée par la déchéance corporelle, la perte de contrôle, la dépendance totale ou la souffrance persistante peut être perçue comme une vie « indigne ». De ce point de vue, l’AMM devient une manière de préserver la dignité en refusant de prolonger un état vécu comme déshumanisant.

À l’opposé, dans une conception **ontologique** ou **intrinsèque**, la dignité est inhérente à tout être humain, quels que soient son état, sa santé, sa productivité ou ses capacités. Elle ne peut

donc jamais être perdue. Dans cette optique, aider une personne à mourir serait une atteinte à sa dignité, non un respect de celle-ci. Cette vision, souvent soutenue par les traditions religieuses ou humanistes universalistes, rappelle que la dignité est ce qui interdit de juger qu'une vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Ces deux visions de la dignité coexistent dans les législations sur l'AMM, parfois de façon implicite. Le défi est de ne pas les opposer frontalement, mais de chercher un équilibre : reconnaître le vécu subjectif des personnes sans nier la valeur fondamentale de chaque vie. Cela suppose un dialogue éthique constant, une prudence dans l'application des lois, et une vigilance face aux dérives possibles.

Le droit de mourir comme expression ultime de liberté ou de détresse

Le droit de mourir, entendu comme la reconnaissance juridique de l'AMM, est une consécration de l'autonomie, mais aussi une réponse sociale à la souffrance humaine. Il ne peut cependant être séparé de la responsabilité collective. Offrir l'AMM sans offrir en parallèle un accès équitable aux soins palliatifs, à la psychothérapie, à la réhabilitation ou à l'accompagnement spirituel revient à trahir l'esprit même de ce droit.

La demande de mourir peut parfois être une manière de crier qu'on ne veut plus vivre ainsi, et non qu'on ne veut plus vivre du tout. L'écoute attentive, l'empathie, la qualité de la relation

soignante sont alors essentielles pour discerner ce que la personne demande réellement. Le droit de mourir ne doit jamais masquer le devoir d’accompagner.

Ainsi, l’AMM ne devrait jamais être banalisée ni idéalisée. Elle constitue une possibilité éthique extrême, un recours de dernier ressort dans des situations où toutes les autres voies ont été explorées. Loin d’être une simple question de légalité, elle nous renvoie aux fondements mêmes de la médecine, de la société et du rapport que nous entretenons avec la vulnérabilité humaine.

L’opinion publique canadienne face à l’euthanasie et au suicide assisté

Une évolution progressive vers l’acceptation

L’évolution de l’opinion publique canadienne à l’égard de l’aide médicale à mourir (AMM), de l’euthanasie et du suicide assisté reflète une transformation profonde des mentalités sociales en matière de fin de vie, d’autonomie individuelle et de souffrance humaine. Alors qu’il y a encore quelques décennies ces pratiques étaient largement rejetées ou passaient sous silence, le débat public s’est progressivement ouvert, permettant une maturation des réflexions éthiques et juridiques.

Dès les années 1990, plusieurs sondages indiquaient déjà un soutien croissant de la population canadienne à la légalisation de l’euthanasie. La médiatisation de cas emblématiques, comme celui de Sue Rodriguez – atteinte de sclérose latérale amyotrophique et militante pour le droit au suicide assisté – a fortement influencé le débat national. L’opinion publique s’est sensibilisée à la réalité des maladies dégénératives incurables et à la souffrance prolongée de certains patients, ce qui a conduit à une évolution notable dans les perceptions collectives.

Aujourd’hui, une majorité stable de Canadiens appuie l’existence d’un droit à l’AMM dans certaines conditions. Les plus récents sondages de l’Institut Angus Reid, de Léger et de l’Association médicale canadienne montrent que plus de 75 % des citoyens soutiennent la légalité de l’AMM pour les patients

atteints de maladies incurables et souffrant de manière intolérable. Ce soutien s'étend également à d'autres groupes, quoique de manière plus nuancée.

Des lignes de fracture selon le contexte des demandes

Si l'appui global à l'AMM est largement majoritaire, des clivages apparaissent dès qu'il est question de l'élargissement des critères d'admissibilité. Par exemple, l'opinion publique se montre plus réservée – voire divisée – lorsqu'il s'agit d'étendre l'AMM aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, ou encore à celles qui souffrent exclusivement de troubles mentaux.

Les enquêtes révèlent un malaise marqué dans ces cas : certains y voient une dérive possible, un affaiblissement des balises éthiques, ou une atteinte à la protection des personnes vulnérables. Le soutien baisse aussi sensiblement lorsque les demandes concernent les mineurs matures ou les personnes ayant une déficience cognitive avancée (par exemple, les cas de démence en phase terminale).

On note également des différences d'attitudes selon l'âge, la confession religieuse, l'expérience personnelle de la fin de vie d'un proche, ou encore le niveau d'instruction. Les personnes âgées sont souvent plus réticentes, en particulier si elles craignent que l'AMM soit un moyen détourné de se débarrasser des personnes jugées « inutiles » ou « coûteuses ». À l'opposé, les générations plus jeunes sont généralement plus

favorables à une conception élargie du droit de mourir dans la dignité.

Le rôle des médias et du discours public

Le soutien populaire à l'AMM a été renforcé par la visibilité médiatique d'histoires humaines poignantes. Les reportages, les témoignages et les films documentaires ont contribué à humaniser les demandes d'AMM et à illustrer la complexité des cas réels. Le traitement journalistique de l'affaire Carter c. Canada, qui a mené à la décriminalisation de l'AMM en 2015 par la Cour suprême, a notamment joué un rôle pédagogique et mobilisateur important.

De manière générale, les médias canadiens ont adopté un ton largement empathique et centré sur les droits des patients. Ils ont mis de l'avant les notions de liberté, de soulagement de la souffrance, et de respect des volontés, tout en laissant place, dans une moindre mesure, aux arguments éthiques ou religieux en opposition.

Néanmoins, certains critiques dénoncent une forme de biais médiatique, où les risques de dérive, les opinions des professionnels en soins palliatifs ou les voix des communautés marginalisées sont sous-représentés. Il en résulte parfois une polarisation du débat, où le consensus apparent masque des tensions sociales réelles.

L’influence du cadre juridique sur les attitudes sociales

Il est important de souligner que l’opinion publique ne façonne pas uniquement les lois : elle est aussi modelée par elles. Depuis l’entrée en vigueur de la Loi C-14 en 2016 et de ses amendements subséquents (notamment la Loi C-7 en 2021), le cadre légal a normalisé l’AMM comme une pratique médicale encadrée, légitime et accessible dans certaines conditions.

Ce processus de légalisation graduelle a renforcé la confiance de la population dans la capacité des institutions à gérer ces situations avec rigueur. Le fait que des balises claires soient définies, que des professionnels évaluent les demandes et que des statistiques soient publiées contribue à légitimer la pratique aux yeux du public.

En retour, cette normalisation juridique a également élargi les attentes sociales : de plus en plus de citoyens considèrent l’AMM comme un droit fondamental, auquel ils pourraient recourir un jour, si les conditions le justifiaient. Le rapport entre la société et la mort en sort transformé : mourir n’est plus seulement une fatalité, mais devient un choix possible, revendicable, intégré à l’arsenal des droits individuels.

Des débats toujours vifs malgré l’adhésion majoritaire

Malgré un fort appui populaire, l’AMM demeure un sujet moralement chargé, au croisement de convictions intimes, de traditions culturelles et de conceptions variées de la vie bonne.

Les débats sur son élargissement continuent d’agiter le Parlement, les milieux médicaux, juridiques et religieux.

Certaines associations de personnes handicapées, de psychiatres ou de praticiens en soins palliatifs dénoncent un risque d’eugénisme implicite, ou le danger d’un glissement progressif vers une société où certaines vies seraient implicitement jugées moins dignes. À l’inverse, les défenseurs du droit à l’AMM élargi plaident pour une cohérence éthique : si l’on reconnaît la souffrance comme motif légitime pour mourir, alors on ne peut exclure certains groupes sous prétexte de leur diagnostic ou de leur vulnérabilité.

Ces tensions révèlent que l’opinion publique canadienne, bien que globalement favorable à l’AMM, n’est pas monolithique. Elle reflète une diversité d’expériences, de sensibilités et d’attentes face à la fin de vie, et évolue continuellement au gré des débats, des décisions judiciaires et des récits vécus.

Les soins palliatifs : complément ou alternative à l’AMM ?

L’éthique palliative : soulager sans hâter la mort

Les soins palliatifs se sont historiquement développés pour répondre à une exigence éthique fondamentale : ne pas abandonner la personne en fin de vie à sa souffrance, mais l’accompagner jusqu’à sa mort naturelle avec humanité, compassion et compétence. Leur objectif est de soulager la douleur physique, de répondre à la détresse psychologique et spirituelle, et de soutenir les proches tout au long du processus de fin de vie.

Au cœur de la philosophie palliative se trouve le refus de l’acharnement thérapeutique autant que celui de la provocation délibérée de la mort. La mort y est considérée comme une étape naturelle de l’existence, que la médecine ne doit ni hâter ni retarder artificiellement. Le soin palliatif ne cherche donc pas à écourter la vie, même si certaines pratiques, comme la sédation palliative continue, peuvent indirectement rapprocher la mort dans les situations de souffrance réfractaire.

Cette position a parfois été interprétée comme opposée à l’aide médicale à mourir. Toutefois, dans la pratique, les frontières sont plus poreuses, et de nombreux professionnels naviguent entre les deux approches avec discernement, en tenant compte des volontés du patient et des limites des soins disponibles.

Soins palliatifs et AMM : deux réponses à la souffrance

Plutôt que de les opposer, plusieurs experts soulignent la complémentarité possible entre soins palliatifs et AMM. Tous deux reconnaissent la souffrance comme insupportable dans certains cas et cherchent à y répondre avec respect et compassion. Ils partagent aussi des valeurs communes : la dignité, l’humanité, la relation de confiance entre soignant et patient.

L’AMM peut ainsi apparaître comme un prolongement ultime de la logique palliative, dans des situations où les soins ne parviennent plus à soulager la douleur ou la détresse vécue par le patient. Dans ce cadre, certains médecins en soins palliatifs acceptent de pratiquer l’AMM lorsque toutes les autres options ont été épuisées et que la demande est persistante, autonome et réfléchie.

Inversement, il est fréquent que des patients ayant initialement demandé l’AMM changent d’avis après avoir reçu des soins palliatifs de qualité. Cela montre que l’AMM ne devrait pas être une solution de première ligne, mais une possibilité encadrée, accessible lorsque le parcours palliative atteint ses limites ou lorsque les valeurs du patient justifient un choix différent.

Inégalités d’accès et tensions institutionnelles

Un des enjeux majeurs dans la relation entre soins palliatifs et AMM concerne l’inégalité d’accès. Au Canada, une proportion

importante de personnes en fin de vie n’a toujours pas accès à des soins palliatifs adéquats, en particulier dans les régions rurales, les communautés autochtones ou les milieux défavorisés. Cette disparité soulève un problème éthique : peut-on véritablement parler de libre choix si l’option de soins palliatifs est absente ou insuffisante ?

De plus, certaines institutions de soins palliatifs – notamment à orientation religieuse – refusent catégoriquement de fournir l’AMM, parfois même de la permettre dans leurs murs, ce qui crée des tensions entre les droits des patients et les valeurs institutionnelles. Le débat se cristallise autour de la liberté de conscience des soignants, du respect de la vocation des établissements, et du droit à un accès équitable à tous les types de soins de fin de vie.

Dans certaines provinces, des compromis ont été mis en place, comme la possibilité de transférer le patient vers un autre établissement ou de faire intervenir une équipe externe. Mais ces solutions sont parfois insuffisantes ou mal adaptées à la réalité du patient mourant.

Le risque d’un choix biaisé

L’autre enjeu majeur réside dans le risque que l’AMM soit perçue, ou devienne en pratique, une alternative plus accessible, rapide ou « économique » que les soins palliatifs. Cette perception, alimentée par la rareté des ressources et la complexité des soins palliatifs intensifs, pourrait conduire

certaines personnes à opter pour l'AMM faute d'avoir reçu un accompagnement adéquat.

Un choix véritablement libre et éclairé ne peut exister que si toutes les options sont offertes de manière équitable, dans des conditions qui respectent à la fois les besoins médicaux, les souffrances vécues, et les préférences éthiques et spirituelles des individus.

Vers une intégration éthique et pragmatique

Plutôt que d'opposer AMM et soins palliatifs, plusieurs modèles proposent une **intégration des deux approches** dans une logique de continuité des soins. L'AMM peut alors être envisagée comme une composante possible du parcours de fin de vie, dans des cas précis, et non comme un substitut aux soins palliatifs.

Cette intégration nécessite une formation adéquate des professionnels, un dialogue interdisciplinaire, et un encadrement rigoureux des pratiques. Elle suppose aussi une communication transparente avec le patient et ses proches, afin d'explorer toutes les dimensions de la souffrance et de la mort : biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

Enfin, elle implique une vision de la médecine qui place la personne au centre, dans toute sa complexité et son unicité, plutôt qu'une logique binaire entre vivre et mourir, entre soins ou mort assistée. C'est dans cette perspective humaniste et nuancée que peuvent s'articuler, sans contradiction nécessaire,

la mission des soins palliatifs et le recours à l’AMM dans les situations exceptionnelles.

Chapitre II – Repères historiques et jalons législatifs

Avant 1970 : Le suicide et l’euthanasie dans le Code criminel

Avant les grandes réformes sociales et juridiques de la fin du XXe siècle, le Code criminel canadien reflétait une vision morale du droit profondément influencée par les traditions religieuses et les normes sociales conservatrices. Le suicide, loin d’être compris comme un acte de détresse psychologique ou de souffrance, était considéré comme un crime. L’euthanasie, quant à elle, relevait sans équivoque de l’homicide. À travers une lecture du Code criminel et de ses interprétations antérieures à 1970, on constate à quel point ces pratiques étaient rigoureusement proscrites, tant du point de vue légal que moral.

Le suicide comme crime

Jusqu’en 1972, le suicide était explicitement criminalisé au Canada. Cette criminalisation remontait à l’époque coloniale, fondée sur l’héritage du droit anglais, qui considérait le suicide comme une offense contre Dieu et l’ordre social. En vertu de la loi, la personne qui tentait de se suicider s’exposait à des poursuites criminelles, et une personne qui survivait à une tentative de suicide pouvait être inculpée et emprisonnée.

L’article pertinent du Code criminel prévoyait des peines pour ceux qui « tentaient de se tuer » et plus encore pour ceux qui aidaient, encourageaient ou facilitaient un suicide. La loi ne visait pas seulement à dissuader l’acte en lui-même, mais aussi

à maintenir une structure morale où la vie était considérée comme sacrée et appartenant à Dieu ou à l’État, mais non à l’individu.

Dans la pratique, cependant, les poursuites étaient rares, en particulier contre les personnes ayant survécu à une tentative. Les médecins, policiers et juges reconnaissaient souvent l’état de détresse psychologique des individus et préféraient l’intervention psychiatrique à la sanction pénale. Néanmoins, la simple existence de ces lois contribuait à stigmatiser les personnes suicidaires et à dissuader les familles de demander de l’aide.

L’euthanasie assimilée au meurtre

Le Code criminel canadien ne reconnaissait pas l’euthanasie comme un acte distinct du meurtre. Toute action entraînant la mort d’un autre être humain, même motivée par la compassion ou la volonté de soulager la souffrance, était punie au même titre que l’homicide volontaire.

Les articles sur l’homicide prévoyaient peu d’exception. Ainsi, un médecin qui administrait une dose létale de morphine pour mettre fin aux souffrances d’un patient en fin de vie pouvait être accusé de meurtre, peu importe les intentions. De la même manière, un proche aidant qui mettait fin aux jours d’un parent malade à sa demande risquait les mêmes poursuites qu’un assassin.

Certaines affaires judiciaires ont marqué l’imaginaire public et confirmé cette rigidité juridique. Dans les années 1940 et 1950,

quelques cas d'euthanasie compassionnelle ont fait l'objet de procès médiatisés. Les juges, bien qu'exprimant parfois de la sympathie, n'avaient que peu de marge de manœuvre : la loi était claire et ne laissait pas place aux circonstances atténuantes en cas d'intention bienveillante.

La notion d'« assistance au suicide »

L'article 241 du Code criminel, tel qu'il existait avant 1970, interdisait explicitement le fait d'aider ou d'encourager quelqu'un à se suicider. Cette disposition a longtemps constitué le principal obstacle juridique à toute forme de suicide assisté ou de demande volontaire d'euthanasie.

Ainsi, toute personne – qu'il s'agisse d'un professionnel de la santé, d'un proche ou d'un militant – qui apportait une aide concrète ou morale à une personne désirant mettre fin à ses jours était passible d'accusation criminelle. Cette interdiction, motivée par une volonté de protection des personnes vulnérables, avait aussi pour effet de criminaliser les gestes de compassion dans des situations de souffrance extrême.

Les influences morales et religieuses

Le maintien de ces interdictions juridiques s'inscrivait dans un contexte plus large où les normes religieuses – principalement chrétiennes – exerçaient une influence prépondérante sur la législation. Dans le christianisme, en particulier dans la tradition catholique majoritaire au Québec, la vie humaine est sacrée et seule la volonté divine peut décider de sa fin.

Le suicide était considéré comme un péché mortel, un rejet de la providence divine, tandis que l'euthanasie était perçue comme une usurpation du rôle de Dieu. Ces croyances se reflétaient dans la loi, dans l'enseignement moral dispensé dans les écoles, et dans la pratique médicale, fortement marquée par la prudence et la crainte des conséquences légales.

Les prémices du changement

Malgré l'emprise de ces normes, la fin des années 1960 a vu naître les premiers remous. L'évolution des mentalités, les débats sur les droits individuels, et la réforme du droit pénal amorcée sous le gouvernement de Pierre Elliott Trudeau ont ouvert la voie à des remises en question. La décriminalisation du suicide en 1972 ne fut pas anodine : elle marqua un tournant symbolique et juridique majeur, reconnaissant enfin que le désespoir et la souffrance psychique n'étaient pas des crimes, mais des appels à l'aide.

Ce changement annonçait les débats contemporains sur l'euthanasie, le droit de mourir dans la dignité, et le respect de l'autonomie individuelle face à la fin de vie.

Conclusion

Jusqu'en 1970, le Code criminel canadien maintenait une position répressive sur les questions du suicide et de l'euthanasie, héritée du droit britannique et soutenue par une morale religieuse conservatrice. Ces pratiques étaient perçues comme des crimes graves, malgré la compassion parfois

ressentie dans les faits divers et les décisions judiciaires. La dépénalisation du suicide, survenue peu après, ne fut qu’un premier pas vers la reconnaissance du droit à l’autodétermination en fin de vie, un débat encore brûlant un demi-siècle plus tard.

1972 : Décriminalisation du suicide au Canada

Un changement de paradigme juridique et moral

En 1972, le Canada a franchi une étape déterminante dans son histoire législative en retirant du Code criminel l'infraction de tentative de suicide. Ce geste, apparemment technique, a marqué un profond bouleversement dans la manière dont l'État et la société envisageaient la souffrance psychologique, la santé mentale, et la relation entre l'individu et sa propre vie. Loin d'être une simple réforme juridique, la décriminalisation du suicide s'inscrivait dans un mouvement plus vaste de modernisation du droit, d'humanisation de la justice, et de reconnaissance des droits individuels.

Le contexte politique et social de la réforme

Le tournant des années 1970 correspond à une période de transformations sociales majeures au Canada. Sous l'impulsion du gouvernement fédéral dirigé par Pierre Elliott Trudeau, plusieurs réformes progressistes sont mises en œuvre : décriminalisation partielle de l'homosexualité, légalisation du divorce plus accessible, réforme du droit de la famille, et reconnaissance croissante de la santé mentale comme enjeu de société.

Dans ce contexte, la criminalisation du suicide apparaît de plus en plus anachronique. Elle est perçue comme injuste,

inefficace, et contre-productive. Plusieurs psychiatres, juristes et intervenants communautaires dénoncent une approche punitive envers des personnes en détresse psychique. Plutôt que de les aider, la loi les culpabilise davantage, les isole, et les dissuade de consulter.

La Commission de réforme du droit du Canada, fondée en 1971, émet rapidement des recommandations en faveur d’un changement. On considère que le suicide ne doit plus relever du droit criminel, mais plutôt d’une réponse en santé publique, centrée sur la prévention, le traitement et la compassion.

Le retrait de l’article du Code criminel

C’est donc en 1972 que le Parlement canadien adopte une modification du Code criminel abolissant l’infraction de tentative de suicide. L’article 241, qui interdit d’aider ou d’encourager le suicide, demeure toutefois en vigueur. Cela signifie que le suicide cesse d’être un crime, mais que le fait d’en faciliter l’exécution pour une autre personne reste puni par la loi.

Ce compromis révèle l’ambivalence du législateur : on reconnaît que la personne suicidaire est vulnérable et ne doit pas être punie, mais on refuse de légaliser l’aide à mourir, craignant les abus ou l’exploitation. Cette distinction entre décriminalisation du geste personnel et criminalisation de l’assistance survivra jusqu’au XXIe siècle, au cœur des débats sur l’aide médicale à mourir.

Répercussions sociales et symboliques

La décriminalisation du suicide a plusieurs effets concrets et symboliques. D'une part, elle permet une meilleure collaboration entre les milieux juridiques, médicaux et sociaux pour la prise en charge des personnes en crise. Les hôpitaux, les centres de crise et les lignes d'intervention deviennent des piliers du soutien aux personnes suicidaires, dans un cadre désormais libéré de la menace judiciaire.

D'autre part, cette réforme modifie en profondeur la perception du suicide dans la conscience collective. L'acte cesse d'être vu comme un crime ou un péché et commence à être compris comme le symptôme d'une souffrance intense, souvent liée à des troubles mentaux, à la solitude, à la précarité ou au désespoir existentiel.

La parole s'ouvre progressivement : des campagnes de sensibilisation sont mises en place, les médias traitent le sujet avec plus de précaution, et les chercheurs commencent à documenter les causes et les moyens de prévention du suicide.

Les limites persistantes : criminalisation de l'aide au suicide

Malgré ce progrès, une tension demeure. L'article 241 du Code criminel continue d'interdire toute aide ou encouragement au suicide, même dans les cas où la demande est volontaire, réfléchie et motivée par une souffrance incurable. Cette disposition place le Canada dans une situation paradoxale : une

personne peut légalement vouloir mourir, mais ne peut pas être aidée à le faire.

Cette contradiction alimentera pendant des décennies le débat éthique et juridique sur l'aide médicale à mourir. Elle sera au cœur de plusieurs contestations judiciaires, notamment dans les affaires **Rodriguez c. Colombie-Britannique (1993)**, **Carter c. Canada (2015)**, et les débats récents sur l'extension de l'AMM aux troubles mentaux.

Une étape vers une conception plus humaniste du droit

La réforme de 1972 s'inscrit dans une lente mais déterminante évolution du droit canadien vers une approche centrée sur la personne, la dignité humaine et la compréhension des souffrances subjectives. En cessant de considérer le suicide comme un crime, le législateur a ouvert la porte à un traitement plus respectueux et éclairé des enjeux liés à la mort volontaire.

Ce tournant annonce les débats ultérieurs sur le droit de mourir dans la dignité, l'euthanasie, et la reconnaissance du libre arbitre en fin de vie. Il témoigne aussi d'un changement de regard collectif : la mort n'est plus seulement un tabou ou une transgression morale, mais un sujet de réflexion sociale, médicale et juridique.

1993 : L'affaire Sue Rodriguez et l'échec du premier virage judiciaire

Introduction : Une voix solitaire dans un Canada divisé

En 1993, une citoyenne de la Colombie-Britannique, Sue Rodriguez, atteinte d'une forme avancée de sclérose latérale amyotrophique (SLA), a porté devant la Cour suprême du Canada une demande historique : le droit d'obtenir l'assistance d'un médecin pour mettre fin à sa vie, au moment qu'elle jugerait approprié, avant que la maladie ne la prive de toute autonomie. Cette requête, incarnée dans la question emblématique « Si je ne peux pas donner mon consentement à ma propre mort, alors de qui ce consentement relève-t-il ? », a soulevé un débat national profond sur les frontières du droit à la vie, à l'autonomie et à la dignité.

Malgré la force morale de son témoignage, le courage de sa démarche et l'attention médiatique qu'elle a suscitée, Sue Rodriguez verra sa demande rejetée par la plus haute instance judiciaire du pays. Ce jugement, rendu à une majorité étroite, marquera un premier grand affrontement entre les valeurs libérales émergentes et la tradition juridique conservatrice du Canada en matière de fin de vie.

Le cadre légal en vigueur : l'article 241 du Code criminel

À l’époque des faits, l’article 241(b) du **Code criminel du Canada** rendait illégal le fait « d'aider une personne à se donner la mort », passible d'une peine maximale de 14 ans d’emprisonnement. La loi ne distinguait ni les intentions, ni les contextes médicaux, ni les degrés de consentement : toute aide au suicide était assimilée à un acte criminel, qu’il s’agisse d’une assistance technique, verbale, médicale ou logistique.

Sue Rodriguez, consciente de l’évolution implacable de sa maladie neurodégénérative, ne contestait pas cette interdiction dans son principe général. Elle demandait toutefois qu’il existe une exception dans les cas où une personne adulte, pleinement apte, formule une demande libre, informée et persistante d’une assistance à mourir dans un contexte de souffrance irréversible.

L’argument constitutionnel : violation de la Charte des droits

Avec l’appui de l’Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique et du député Néo-démocrate Svend Robinson, Rodriguez saisit les tribunaux pour contester la constitutionnalité de l’article 241(b), alléguant qu’il viole plusieurs dispositions fondamentales de la **Charte canadienne des droits et libertés** :

- **L’article 7**, qui garantit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. Selon Rodriguez, l’interdiction de l’aide au suicide l’empêchait de choisir la manière et le moment de sa mort, l’obligeant à subir une dégradation physique insupportable et indigne.

- **L'article 15**, qui protège contre la discrimination. Elle soutenait que la loi portait atteinte à son égalité en tant que personne lourdement handicapée, incapable de se suicider sans assistance, contrairement à une personne valide.
- **L'article 12**, relatif à la protection contre les peines ou traitements cruels et inusités, bien que cette ligne de défense ait été moins centrale dans l'argumentation.

Le jugement de la Cour suprême : un rejet à cinq contre quatre

Dans un arrêt très serré (**Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)**, [1993] 3 R.C.S. 519), la **Cour suprême du Canada** rejette la demande de Sue Rodriguez par **cinq voix contre quatre**. La majorité, exprimée notamment par le juge Sopinka, reconnaît que la loi porte atteinte à l'article 7 de la Charte, mais considère que cette atteinte est justifiée au nom de la protection des personnes vulnérables. L'interdiction générale de l'aide au suicide est jugée nécessaire pour éviter d'ouvrir la porte à des abus, à des pressions familiales ou sociétales, ou à des décisions prises dans des moments de désespoir passager.

En d'autres termes, la Cour privilégie une conception paternaliste de la protection sociale, où la sécurité collective prévaut sur la liberté individuelle dans un domaine aussi sensible.

Les juges dissidents, en particulier la juge L'Heureux-Dubé et le juge Cory, estiment quant à eux que l'article 241 viole de

façon injustifiable les droits de Sue Rodriguez, qu’il perpétue une discrimination indirecte à l’égard des personnes handicapées, et qu’il nie la dignité inhérente à l’autonomie individuelle.

Réactions sociales et héritage immédiat

Le jugement de 1993 provoque une vive émotion dans l’opinion publique canadienne. Plusieurs éditoriaux, lettres ouvertes et interventions médiatiques soulignent le courage de Sue Rodriguez, tout en regrettant une décision perçue comme moralement rigide et juridiquement frileuse. L’affaire relance les débats parlementaires, bien que les tentatives législatives suivantes (notamment le projet de loi C-215 en 1994) échouent à faire évoluer la loi.

Sue Rodriguez, fidèle à sa détermination, réussira tout de même à mettre fin à ses jours le 12 février 1994 avec l’aide d’une personne demeurée anonyme, sans que des accusations ne soient déposées. Son geste, planifié avec prudence, fut perçu comme une ultime affirmation de son droit à choisir sa mort, malgré l’échec judiciaire.

L'impact à long terme : un précédent moral, non juridique

Bien que la cause Rodriguez n’ait pas modifié la loi, elle a profondément façonné le paysage éthique et juridique canadien. Elle a ouvert un espace de débat public, exposé les limites du Code criminel face à la complexité de la souffrance

humaine, et inspiré les futures générations de militants et de juristes.

Lorsque la Cour suprême reviendra sur cette question dans **Carter c. Canada (2015)**, elle citera explicitement l'affaire Rodriguez comme un précédent important, tout en admettant que les mentalités, la jurisprudence et les faits médicaux avaient suffisamment évolué pour justifier une réinterprétation.

2005-2010 : Les premières mobilisations civiles et juridiques

Une société en mutation, un droit en retard

Au milieu des années 2000, le Canada connaît une évolution notable des mentalités à l’égard des questions de fin de vie. Alors que la médecine permet de prolonger la vie dans des situations de plus en plus complexes, un nombre croissant de citoyens, de professionnels de la santé et de juristes commencent à remettre en cause la légitimité d’un cadre légal interdisant l’aide médicale à mourir, même en présence de souffrances jugées insupportables.

Si l’affaire Sue Rodriguez avait ouvert une brèche dans les consciences, elle n’avait pas entraîné de réforme législative. Entre 1993 et 2005, plusieurs projets de loi privés visant à encadrer l’aide à mourir sont déposés à la Chambre des communes, mais aucun ne parvient à franchir les étapes parlementaires. L’État demeure figé, alors que la société, elle, bouge.

Cette décennie marque ainsi le début d’une mobilisation à double versant : **civile**, avec l’essor d’organismes militants comme Dying With Dignity Canada, et **juridique**, avec les premières contestations structurées contre l’interdiction de l’aide au suicide dans les tribunaux canadiens.

L’émergence de mouvements citoyens organisés

Parmi les acteurs majeurs de cette nouvelle dynamique, **Dying With Dignity Canada**, fondé dès 1980 mais relancé dans les années 2000, joue un rôle central. L’organisme mène des campagnes d’information, recueille des témoignages, interpelle les parlementaires et mobilise l’opinion publique autour du droit de mourir dans la dignité. Il se positionne comme un contrepoids aux institutions médicales conservatrices, souvent réticentes à encadrer activement l’aide à mourir.

Parallèlement, des regroupements provinciaux, comme le Mouvement québécois pour une mort dans la dignité (fondé en 2007), viennent renforcer la mobilisation dans certaines régions du pays, notamment au Québec, où un fort courant de laïcisation et d’autonomisation du droit émerge dans le sillage de la Révolution tranquille. Le discours sur la fin de vie se laïcise, se médicalise, et devient un objet de revendication des droits civiques.

Ces groupes mettent en avant des principes fondamentaux : **respect de l’autonomie**, **soulagement de la souffrance**, **égalité d’accès à une mort digne**, et **reconnaissance du droit de choisir**. Ils s’appuient sur des témoignages poignants de patients en phase terminale ou atteints de maladies dégénératives incurables pour sensibiliser l’opinion publique.

Une pression judiciaire croissante

Sur le plan juridique, plusieurs affaires émergent à la fin des années 2000, en particulier en Colombie-Britannique. C’est

dans cette province qu’est amorcée, en 2009, une contestation constitutionnelle majeure contre l’article 241(b) du Code criminel, dans ce qui deviendra l’affaire **Carter c. Canada**, du nom de Kay Carter, une femme âgée atteinte de sténose spinale, contrainte de se rendre en Suisse pour bénéficier d’un suicide assisté, accompagnée par sa fille Lee Carter.

La procédure, pilotée par l’avocate **Grace Pastine** de la British Columbia Civil Liberties Association (BCCLA), soutenue par la médecin humaniste Ellen Wiebe et plusieurs experts en éthique, mobilise une équipe déterminée à renverser le précédent Rodriguez. Leur stratégie consiste à démontrer que les garanties procédurales, médicales et sociales ont suffisamment évolué depuis 1993 pour permettre un encadrement sécuritaire de l’aide médicale à mourir.

Parallèlement, d’autres citoyens comme **Gloria Taylor**, atteinte de sclérose latérale amyotrophique, joignent la contestation. Elle devient une figure médiatique importante et une voix émotive dans la lutte pour le droit de mourir, à l’instar de Sue Rodriguez deux décennies plus tôt.

Un soutien croissant de l’opinion publique

Durant cette période, les sondages d’opinion montrent une progression nette du soutien populaire à l’idée d’une aide médicale à mourir encadrée. Déjà, en 2007, près de 70 % des Canadiens interrogés déclaraient être en faveur de la légalisation du suicide assisté dans certaines conditions médicales précises. Cette tendance se renforce d’année en

année, portée par les débats publics, les reportages et la médiatisation de cas emblématiques.

Contrairement aux décennies précédentes, ce soutien traverse les clivages idéologiques traditionnels : il rassemble aussi bien des progressistes que des conservateurs libertariens, des laïques que certains croyants. Le cadre moral collectif semble de plus en plus favorable à une reconnaissance du droit de mourir, dans un contexte strictement balisé.

Le rôle précurseur du Québec

Il convient de souligner le rôle moteur du **Québec** dans cette évolution. Dès 2009, l'Assemblée nationale met en place une **commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité**, qui entendra pendant plus d'un an des centaines de témoins — citoyens, médecins, philosophes, religieux, juristes. En 2012, la commission remet un rapport historique recommandant la reconnaissance légale d'une aide médicale à mourir pour les patients en fin de vie, dans un cadre médical strict.

Cette initiative provinciale annonce un décalage croissant entre le droit fédéral (toujours répressif) et le droit provincial (de plus en plus ouvert à la dépénalisation partielle), prélude aux tensions constitutionnelles à venir.

Une décennie-charnière vers la réforme

La période 2005–2010 constitue donc une **charnière historique** dans le cheminement du Canada vers la légalisation

de l’aide médicale à mourir. Elle ne se traduit pas encore par une réforme législative ou judiciaire immédiate, mais elle prépare les conditions sociopolitiques et juridiques qui rendront possible, quelques années plus tard, le renversement du précédent Rodriguez dans l’arrêt **Carter c. Canada (2015)**.

C’est durant ces années que les voix isolées deviennent un mouvement cohérent, que les récits individuels deviennent des causes juridiques, et que le droit commence à refléter, lentement, l’évolution des valeurs collectives.

2015 : L’arrêt Carter c. Canada, point de bascule constitutionnel

Une contestation née du refus de l’indifférence

L’arrêt *Carter c. Canada* [2015] 1 R.C.S. 331 marque un tournant fondamental dans l’évolution du droit canadien sur l’aide médicale à mourir (AMM). Issu d’un long combat judiciaire amorcé en 2009, il consacre, pour la première fois dans l’histoire du pays, la possibilité pour certaines personnes gravement malades de recevoir une assistance médicale pour mourir. En renversant le précédent *Rodriguez c. Canada* (1993), la Cour suprême effectue un basculement interprétatif audacieux fondé sur une lecture renouvelée de la **Charte canadienne des droits et libertés**, notamment des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

L’affaire est initiée par la famille de **Kay Carter**, une Canadienne atteinte de sténose spinale, contrainte de se rendre en Suisse pour bénéficier du suicide assisté, en raison de l’interdiction toujours en vigueur au Canada. Représentée par la **British Columbia Civil Liberties Association (BCCLA)**, appuyée par des experts médicaux et des patients comme **Gloria Taylor** (atteinte de SLA), la demande vise à déclarer inconstitutionnels les articles 14 et 241(b) du **Code criminel**, qui interdisent respectivement de consentir à sa propre mort et d’aider quelqu’un à se suicider.

Les dispositions contestées : un interdit total

Au moment du jugement, l’article 241(b) du **Code criminel** stipule qu’il est interdit, sous peine d’emprisonnement, « d’aider quelqu’un à se donner la mort, que cette aide soit directe ou indirecte ». L’article 14, quant à lui, précise que « nul ne peut consentir à ce qu’on lui cause la mort ».

Ces deux articles constituent ensemble une **interdiction absolue** de toute forme d’euthanasie ou de suicide assisté, sans exception, même dans les cas de souffrance intolérable, de consentement éclairé ou de maladie incurable.

Une nouvelle interprétation des droits garantis par la Charte

Dans un jugement unanime, la **Cour suprême du Canada**, présidée par la juge en chef **Beverley McLachlin**, déclare que cette interdiction générale contrevient à l’**article 7** de la **Charte canadienne des droits et libertés**, qui protège le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

La Cour affirme que :

- **Le droit à la vie** est compromis lorsqu’un individu se voit contraint de mettre fin à ses jours prématurément par peur d’être physiquement incapable de le faire plus tard.
- **Le droit à la liberté et à la sécurité** est violé lorsqu’une personne pleinement apte et informée n’est pas autorisée à choisir la manière et le moment de sa mort dans un contexte de souffrance intolérable.

La Cour rejette également l’idée que le précédent *Rodriguez* doive être maintenu, en soulignant que les faits sociaux, les garanties médicales et le consensus éthique ont évolué depuis 1993. Le jugement reconnaît la **capacité du droit** à évoluer dans son interprétation à mesure que la société mûrit.

Les conditions précises de l’AMM

La Cour ne décrète pas une légalisation générale de l’aide à mourir, mais **encadre strictement** les situations admissibles. Elle statue que l’interdiction de l’aide médicale à mourir est inconstitutionnelle **dans les cas où** :

1. La personne est **un adulte compétent**, capable de consentir de manière libre et éclairée à l’aide médicale à mourir ;
2. Elle est atteinte d’un problème de santé grave et irrémédiable ;
3. Elle éprouve des **souffrances persistantes** qui lui sont intolérables, et ce dans le cadre de sa propre perception.

La Cour précise que ces critères peuvent être encadrés par des mécanismes de contrôle rigoureux afin de protéger les personnes vulnérables contre les abus.

Une suspension du jugement pour permettre une réforme législative

Plutôt que d’invalider immédiatement les articles concernés du Code criminel, la Cour suprême suspend l’application de son jugement pour une période de **12 mois** (ultimement prolongée à 16 mois), afin de laisser au **Parlement du Canada** le temps d’adopter une loi conforme à la Charte.

Cette décision illustre une **reconnaissance du rôle législatif** du gouvernement fédéral, tout en imposant une obligation de réforme. La pression est désormais sur les épaules du pouvoir exécutif, sommé d’agir dans un climat de débats publics intenses.

Réactions nationales et internationales

L’arrêt *Carter* est accueilli favorablement par une majorité de la population canadienne, les groupes de défense des droits civiques et une part croissante du corps médical. Il est aussi salué à l’étranger comme l’un des jugements les plus équilibrés jamais rendus sur le sujet, conciliant le respect de l’autonomie personnelle avec des impératifs de protection des plus vulnérables.

Cependant, certaines organisations religieuses, associations de personnes handicapées et groupes opposés à l’euthanasie expriment de vives préoccupations. Elles craignent que cette évolution ouvre une pente glissante vers des pratiques abusives, ou qu’elle change le rapport fondamental entre médecins et malades.

Les jalons d’un nouveau droit

L’arrêt *Carter* ne représente pas une simple réforme : il consacre un **nouveau droit fondamental**, à la fois personnel et universel, celui d’accéder à une mort médicalement assistée dans certaines conditions précises. Il introduit dans le droit canadien une reconnaissance explicite de la **souffrance subjective comme fondement de la dignité humaine**, et de l’**autonomie individuelle comme composante essentielle de la liberté constitutionnelle**.

Ce jugement constitue le socle sur lequel seront bâties toutes les législations ultérieures, à commencer par la **Loi C-14**, adoptée en juin 2016, qui viendra encadrer l’AMM à l’échelle fédérale.

2016 : La Loi C-14 et la légalisation encadrée de l’AMM

Un contexte politique sous pression

L’adoption de la Loi **C-14** en juin 2016 marque l’aboutissement d’un long processus de réflexion légale et morale sur la fin de vie au Canada. Elle constitue la première législation fédérale encadrant l’aide médicale à mourir à l’échelle nationale, en réponse directe à l’arrêt **Carter c. Canada** de la Cour suprême (2015), qui avait jugé inconstitutionnelle l’interdiction absolue du suicide assisté.

Face à un délai strict fixé par la Cour, le gouvernement libéral de **Justin Trudeau**, élu en octobre 2015, se trouve contraint d’agir rapidement. Sous l’égide de la ministre de la Justice **Jody Wilson-Raybould** et de la ministre de la Santé **Jane Philpott**, une loi est préparée en consultation avec les provinces, les experts médicaux, les groupes citoyens, les institutions religieuses et les patients. Ce processus est marqué par de nombreux débats parlementaires, consultations publiques et tensions idéologiques.

L’ambition est double : **respecter la Charte** et **encadrer rigoureusement** une pratique aux enjeux humains et éthiques profonds.

Les fondements juridiques de la loi

La **Loi C-14**, intitulée *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir),* est adoptée le **17 juin 2016** et entre en vigueur immédiatement. Elle modifie les articles du Code criminel afin de permettre aux médecins et infirmiers praticiens, sous certaines conditions, d’offrir légalement l’aide médicale à mourir.

La loi établit un **cadre légal restrictif**, fondé sur une interprétation conservatrice du jugement Carter. Elle ne reconnaît pas un droit général à la mort assistée, mais l'autorise **dans des circonstances précises**, selon des critères rigoureusement définis.

Les conditions d’admissibilité

Selon la Loi C-14, pour être admissible à l’AMM, une personne doit :

1. Être **admissible à des services de santé financés par l'État** (donc excluant les touristes médicaux) ;
2. Être **majeure** et **capable de prendre des décisions de santé de façon éclairée** ;
3. Avoir fait une **demande volontaire**, exempte de pression extérieure ;
4. Être atteinte d’un **problème de santé grave et incurable** ;

5. Être dans un **état avancé de déclin irréversible de ses capacités** ;
6. Éprouver des **souffrances physiques ou psychologiques persistantes** et intolérables, qui ne peuvent être soulagées dans des conditions acceptables pour elle ;
7. Et surtout, dont **la mort naturelle est raisonnablement prévisible**.

Ce dernier critère – la « mort raisonnablement prévisible » – devient rapidement **l'élément le plus controversé** de la Loi C-14, car il restreint l'accès à l'AMM à un sous-groupe de patients, contrairement à ce que semblait permettre l'arrêt Carter.

Un processus médical strictement encadré

La loi prévoit un **protocole rigoureux** pour accéder à l'AMM :

- Deux professionnels de la santé doivent **évaluer indépendamment** la demande du patient ;
- Un délai de réflexion obligatoire de **10 jours** (renonçable si la mort est imminente) est imposé entre la demande écrite et la procédure ;
- Le patient doit **réitérer son consentement** immédiatement avant l'administration de l'AMM ;

- La loi impose la **production de rapports** sur chaque cas d'AMM, à des fins de surveillance et d'analyse statistique.

Réactions et critiques initiales

À peine adoptée, la Loi C-14 suscite des critiques **à la fois de ses opposants et de ses partisans** :

- Les groupes **pro-vie** dénoncent une législation trop permissive, qui, selon eux, compromet les valeurs de protection de la vie humaine et risque de banaliser la mort assistée.
- Les défenseurs du droit de mourir, y compris **Dying With Dignity Canada** et plusieurs juristes, affirment au contraire que la loi est **trop restrictive**, en particulier à cause du critère de mort prévisible, qui exclut des patients souffrant de maladies dégénératives non terminales, de troubles psychiatriques graves ou d'affections chroniques mais invalidantes.

Certaines personnes dans des situations analogues à celles de **Gloria Taylor** ou **Kay Carter** sont désormais admissibles, mais **de nombreuses autres en sont exclues**, créant une nouvelle ligne de tension constitutionnelle.

Un régime légal appelé à évoluer

Dès 2017, plusieurs plaintes et contestations constitutionnelles sont déposées pour contester les limites de la Loi C-14. En

particulier, le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible » est attaqué comme étant **incompatible avec la Charte**, notamment les articles 7 (liberté et sécurité) et 15 (égalité).

C’est le début d’une nouvelle phase de débats, d’audiences judiciaires et d’analyses parlementaires. La loi C-14, bien qu’historique, apparaît dès son adoption comme **transitoire**. Elle permet de sortir de l’illégalité, mais ne résout pas l’ensemble des enjeux posés par la souffrance humaine et le droit de mourir dans la dignité.

Une réforme marquante malgré ses limites

La Loi C-14 représente néanmoins un moment majeur de l’histoire du droit canadien :

- Elle **met fin à l’interdiction absolue** de l’aide au suicide médicalement assisté ;
- Elle reconnaît **l’autorité médicale** dans l’accompagnement de la fin de vie ;
- Elle inscrit pour la première fois dans le droit fédéral une **forme codifiée de suicide assisté encadré**, tout en posant les bases d’une **éthique de la mort médicalisée**.

Malgré les limites identifiées, C-14 a ouvert une nouvelle ère juridique et culturelle au Canada. Elle a déplacé les frontières du droit vers une plus grande reconnaissance des choix individuels en matière de fin de vie, tout en faisant de la médecine un acteur central dans la garantie de la dignité.

Chapitre III – Évolutions législatives et sociales

2016–2020 : Mise en œuvre de la Loi C-14 et tensions d'application

L'adoption de la Loi C-14 en juin 2016 marqua une étape fondatrice dans l'histoire du droit à l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada. Pour la première fois, un cadre légal fédéral reconnaissait la possibilité d'une assistance médicale à mourir, à certaines conditions strictes. Toutefois, les années qui suivirent cette législation furent loin d'être un long fleuve tranquille. Cette période fut marquée par d'intenses débats sociétaux, par des litiges constitutionnels, par des résistances institutionnelles et par les premiers constats empiriques issus de l'application concrète de la loi. Derrière l'effort de régulation, plusieurs tensions émergèrent autour de l'interprétation des critères, de l'accès effectif aux soins, et de la place de l'AMM dans les institutions de santé canadiennes.

La mise en place administrative et clinique : entre prudence et disparités

Dans les mois qui suivirent l'adoption de C-14, les provinces durent mettre en œuvre des mécanismes administratifs pour permettre l'accès à l'AMM : formulaires officiels, protocoles cliniques, lignes directrices pour les professionnels, comités de révision, systèmes de déclaration. L'organisation varia toutefois d'une province à l'autre. Certaines juridictions, comme le Québec, déjà en avance avec sa propre loi depuis 2015, adaptèrent rapidement leurs structures. D'autres, comme le Nouveau-Brunswick ou Terre-Neuve-et-Labrador, éprouvèrent

davantage de difficultés à assurer une mise en œuvre fluide, en particulier dans les régions rurales ou nordiques.

Cette hétérogénéité géographique alimenta un débat récurrent sur les inégalités d’accès. Plusieurs patients en fin de vie, répondant aux critères de la loi, furent contraints de se déplacer loin de leur domicile pour recevoir l’AMM, voire se heurtèrent à des refus de prise en charge. Le problème de la « conscience institutionnelle » s’imposa alors dans le débat public : certaines institutions de santé, notamment confessionnelles, refusèrent d’offrir l’AMM sur leurs lieux, invoquant leur liberté de religion. Ce refus de collaboration directe obligea plusieurs patients à être transférés vers d'autres établissements, parfois dans des conditions indignes ou douloureuses.

Critères d’admissibilité : tensions cliniques, flou juridique et contestation judiciaire

L’un des principaux foyers de tension émergea autour du critère de « mort raisonnablement prévisible », introduit dans la Loi C-14 comme condition d’accès à l’AMM. Ce critère, volontairement vague, visait à éviter une définition trop rigide du pronostic médical, tout en limitant l’accès à l’AMM aux personnes en fin de vie. Toutefois, cette formulation ambiguë entraîna des divergences d’interprétation majeures parmi les médecins et juristes. Dans certains cas, l’AMM fut refusée à des patients atteints de maladies chroniques graves, invalidantes, mais non terminales, en raison de l’incertitude sur la proximité réelle de leur décès. Plusieurs familles

dénoncèrent ces refus comme arbitraires et déconnectés de la réalité de la souffrance vécue.

Cette controverse culmina avec l'affaire **Truchon et Gladu c. Procureur général du Canada**, un jugement rendu par la Cour supérieure du Québec en septembre 2019. Les plaignants, deux personnes atteintes de handicaps sévères mais non mourantes, contestèrent la constitutionnalité du critère de la mort raisonnablement prévisible, estimant qu'il violait leur droit à la vie, à la sécurité et à l'égalité. Le juge Christine Baudouin donna raison aux requérants, statuant que le critère était trop restrictif et inconstitutionnel. Elle accorda au gouvernement un délai de six mois pour réviser la loi, renouvelé par la suite.

Ce jugement marqua un tournant. Il força le gouvernement fédéral à rouvrir le débat législatif dès 2020, amorçant la rédaction de ce qui deviendrait ultérieurement la Loi C-7, élargissant l'accès à l'AMM hors du contexte de fin de vie. Mais dès 2019, ce jugement avait déjà produit des effets dans la pratique, incitant certains cliniciens à anticiper une approche plus souple des critères d'admissibilité.

Réactions sociales et polarisation du débat

La période 2016–2020 fut également marquée par une polarisation croissante de l'opinion publique autour de l'AMM. Si les sondages montraient un appui majoritaire et stable à la légalisation, des préoccupations éthiques émergèrent dans certains groupes. Des associations de personnes handicapées, des communautés religieuses, ainsi que certains professionnels

de la santé exprimèrent leurs craintes devant une expansion trop rapide du cadre légal, risquant selon eux de banaliser le geste médical de donner la mort ou de compromettre la sécurité des personnes vulnérables.

D'autres groupes, au contraire, dénoncèrent les limites excessives imposées par C-14. Des patients souffrant de douleurs chroniques, de troubles dégénératifs ou de conditions psychiatriques graves mais stables, exprimèrent leur frustration devant une loi jugée paternaliste. Plusieurs lettres ouvertes, témoignages médiatisés et interventions devant les tribunaux contribuèrent à repositionner le débat sur l'autonomie individuelle, non plus seulement en fin de vie, mais dans une perspective plus large de souffrance durable et intolérable.

Professionnalisation de l'AMM et enjeux pour le corps médical

Sur le terrain, les premières années d'application de l'AMM révélèrent aussi un enjeu de professionnalisation. Bien que le cadre législatif soit désormais établi, peu de médecins et de professionnels de la santé s'engagèrent dans la prestation directe de l'AMM, souvent par manque de formation, de soutien ou en raison de convictions personnelles. Cela provoqua une concentration des demandes entre les mains de quelques prestataires spécialisés, parfois surchargés. Des réseaux provinciaux de coordination virent progressivement le jour pour faciliter les jumelages entre patients et cliniciens volontaires, mais ces structures restèrent fragiles jusqu'en 2020.

Un malaise éthique subsistait également au sein des professions médicales et infirmières. La transition entre une médecine curative et une médecine de fin de vie, où l'acte de provoquer intentionnellement la mort est légal et encadré, exigea une reconfiguration des repères moraux, souvent douloureuse. Les associations professionnelles, comme l'Association médicale canadienne et les collèges provinciaux, durent émettre des lignes directrices, organiser des formations et soutenir la réflexion déontologique de leurs membres. Ce travail d'adaptation se poursuivit durant toute la période.

2021 : La Loi C-7 et l'élargissement de l'AMM aux personnes non en fin de vie

L'année 2021 marqua un jalon décisif dans l'évolution de l'aide médicale à mourir au Canada, avec l'adoption de la Loi C-7. Cette réforme législative, adoptée dans la foulée de la décision *Truchon c. Procureur général du Canada*, modifia profondément les critères d'admissibilité à l'AMM, en ouvrant l'accès aux personnes souffrantes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Ce changement provoqua un réajustement majeur de la philosophie même du dispositif canadien de fin de vie, en réorientant l'encadrement légal de l'AMM vers une conception élargie de la souffrance intolérable, au-delà du seul contexte terminal.

Un contexte législatif sous pression judiciaire et politique

La Loi C-7 fut déposée en février 2020, en réponse directe au jugement *Truchon*, qui avait invalidé le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible » imposé par la Loi C-14. Le gouvernement fédéral, contraint de légiférer à nouveau, entreprit une vaste consultation publique à l'automne 2020, au cours de laquelle plus de 300 000 Canadiens exprimèrent leurs opinions. L'élargissement de l'AMM divisa profondément l'opinion, opposant les tenants de l'autonomie personnelle aux défenseurs des protections envers les personnes vulnérables.

Après plusieurs lectures, amendements et prorogations, la Loi C-7 fut finalement adoptée en mars 2021. Elle introduisit trois principales modifications :

1. **Suppression du critère de mort raisonnablement prévisible** pour l'admissibilité à l'AMM.
2. **Création d'un double régime procédural** : un régime simplifié pour les personnes en fin de vie, et un régime plus strict pour celles dont la mort n'est pas prévisible.
3. **Exclusion temporaire des troubles mentaux comme seule condition médicale** justifiant l'AMM, avec une clause de report jusqu'en mars 2023, puis mars 2024, en attendant des balises spécifiques.

L'institution d'un double parcours : rigueur et complexité

La réforme introduisit un système à deux vitesses, distinguant les demandes selon le pronostic vital. Pour les personnes dont la mort est prévisible, le processus fut allégé : période de réflexion supprimée, consentement final parfois présumé, et validation par un seul clinicien. À l'inverse, pour les patients non mourants, les conditions furent significativement alourdies afin d'éviter les décisions hâtives ou sous influence.

Ces nouvelles garanties incluaient :
– une **période minimale de 90 jours d'évaluation** ;
– la **consultation obligatoire d'un praticien ayant une expertise dans la condition du patient** ;

– une **attention particulière à la capacité de décision, à l'accessibilité des soins palliatifs et de soutien** ;
– une **documentation rigoureuse du processus décisionnel**.

Ce régime visait à concilier respect de l'autonomie et obligation de prudence. Toutefois, plusieurs observateurs notèrent la lourdeur du processus pour les patients non mourants, dont certains vivaient une souffrance prolongée et un sentiment de rejet par le système de soins.

Vers une redéfinition de la souffrance médicale

Avec C-7, la notion même de souffrance médicale admissible fut redéfinie. L'objectif ne fut plus seulement de soulager les agonies terminales, mais aussi de répondre à des situations de détresse chronique, irréversible et intolérable, y compris lorsque l'espérance de vie n'est pas limitée. Ce changement marqua un glissement philosophique, fondé sur l'idée que **la qualité de vie subjective peut justifier une demande de mort médicalement assistée, en dehors du contexte de fin de vie**.

Ainsi, les pathologies comme la sclérose en plaques, l'arthrite sévère, les douleurs neuropathiques, les séquelles post-AVC ou les syndromes douloureux complexes purent être considérées, sous conditions, comme motifs d'AMM. Ce repositionnement souleva de nombreuses questions éthiques : à partir de quand la souffrance devient-elle intolérable au point de justifier la mort ? Quelle part revient au jugement médical, et quelle part à la perception intime du patient ? Ces interrogations demeurent

ouvertes, et les réponses diffèrent selon les sensibilités culturelles et cliniques.

Réactions, controverses et perspectives

L'adoption de C-7 suscita des réactions vives, tant au Canada qu'à l'international. Plusieurs groupes de défense des droits des personnes handicapées dénoncèrent une forme de désespoir médicalisé, où les personnes vulnérables risqueraient de choisir l'AMM faute de soins adéquats, de ressources sociales ou d'alternatives dignes. L'Organisation des Nations Unies exprima également ses inquiétudes quant au risque de stigmatisation des personnes handicapées, en soulignant que l'accès à l'AMM ne doit jamais devenir un substitut à des politiques sociales insuffisantes.

À l'inverse, plusieurs associations de patients, de bioéthiciens et de médecins plaidèrent en faveur de la réforme, estimant qu'elle rétablissait un juste équilibre entre compassion, liberté individuelle et reconnaissance de la souffrance durable. Pour eux, l'autonomie décisionnelle ne devait pas être réservée aux mourants, mais étendue à toute personne rationnelle, informée, et confrontée à une douleur persistante jugée insupportable.

Enfin, la loi introduisit une **exclusion temporaire des troubles mentaux comme seule condition d'admissibilité**, reconnaissant à la fois la complexité du sujet et la nécessité de balises spécifiques. Cette disposition fut prolongée jusqu'en mars 2024, puis mars 2027, dans l'attente de recommandations formulées par un groupe d'experts et d'un encadrement

rigoureux des demandes psychiatriques. Ainsi, si la Loi C-7 ouvrit une brèche décisive, elle laissa en suspens une partie des enjeux les plus sensibles de l’AMM contemporaine.

L’AMM et les troubles mentaux : débats contemporains et report législatif

Depuis l’adoption de la Loi C-7 en 2021, l’inclusion éventuelle des troubles mentaux comme seule condition médicale admissible à l’aide médicale à mourir (AMM) constitue l’un des enjeux les plus controversés de la bioéthique canadienne contemporaine. Ce débat cristallise des tensions entre le respect de l’autonomie individuelle, les limites de la psychiatrie comme science prédictive, la protection des personnes vulnérables et la responsabilité de l’État en matière de santé mentale. Entre espoirs de reconnaissance pour des patients longtemps ignorés et craintes de dérives sociales, l’intégration des troubles mentaux dans le régime de l’AMM soulève des interrogations éthiques, cliniques et politiques sans précédent.

La clause de report : une exception temporaire devenue permanente… ou presque

Lors de l’adoption de C-7, le législateur choisit d’exclure provisoirement les personnes souffrant uniquement de troubles mentaux, considérant que le sujet nécessitait des balises distinctes. Cette clause temporaire devait initialement prendre fin en mars 2023. Toutefois, à l’approche de cette échéance, de nombreuses voix s’élevèrent – au sein du corps médical, des groupes citoyens et du Parlement – pour dénoncer l’absence de préparation suffisante, tant sur le plan clinique que social. Un

premier report fut voté jusqu'en mars 2024, puis un second jusqu'en mars 2027.

Cette succession de reports reflète un embarras politique manifeste : d'un côté, la reconnaissance que certaines personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants vivent une souffrance durable, résistante aux traitements, et méritent les mêmes droits que les autres patients ; de l'autre, l'inquiétude que des décisions irréversibles soient prises dans un contexte de détresse temporaire, d'isolement, ou de soins inadéquats.

La souffrance psychique : peut-elle être jugée « incurable » ?

L'un des obstacles majeurs à l'inclusion des troubles mentaux dans l'AMM tient à la nature même de la maladie mentale. Contrairement à certaines pathologies somatiques dégénératives, les troubles psychiatriques ne suivent pas toujours une trajectoire prévisible. De nombreuses conditions présentent une évolution fluctuante, marquée par des rémissions, des rechutes et des réponses thérapeutiques variables. L'idée d'une maladie mentale « incurable » ou « irréversible » suscite donc un malaise dans la communauté psychiatrique, peu disposée à déclarer avec certitude qu'une souffrance psychique ne connaîtra jamais d'amélioration.

Cela est d'autant plus vrai dans les cas de dépression majeure, de schizophrénie résistante ou de troubles de la personnalité. Certains patients, après des décennies de traitements

inefficaces, expriment un désir soutenu de mourir, sans que ce souhait ne soit toujours associé à une perte de jugement. Pourtant, la frontière entre souffrance réelle, désespoir existentiel et altération du discernement demeure ténue. Les psychiatres se retrouvent ainsi face à une responsabilité redoutable : évaluer non seulement la capacité décisionnelle, mais la permanence d'une souffrance subjective, sans disposer d'outils de prédiction fiables.

La crainte d'un message social ambigu

Le débat ne se limite pas au seul champ médical. Il touche aux fondements du vivre-ensemble et à la manière dont une société traite ses membres les plus fragiles. De nombreux groupes de défense des droits des personnes vivant avec des troubles mentaux ont exprimé leur vive opposition à l'inclusion de l'AMM dans ce contexte. Pour eux, le message implicite envoyé serait le suivant : certaines vies valent moins que d'autres, au point qu'une société préfère légaliser leur extinction plutôt que d'investir dans leur soutien.

Les appels répétés à améliorer les services en santé mentale, l'accès aux psychothérapies, aux logements supervisés, aux soutiens sociaux et communautaires n'ont pas toujours été entendus. Dans un tel contexte, permettre l'AMM pour des raisons psychiatriques soulève un risque structurel : celui d'offrir la mort à défaut d'offrir la vie dans des conditions humaines et dignes.

Certains experts internationaux, comme le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, ont mis en garde le Canada contre un glissement inquiétant : celui de la médicalisation du désespoir, surtout lorsqu'il résulte d'inégalités sociales plutôt que de pathologies intraitables. Le suicide médicalement assisté ne devrait jamais devenir une réponse à l'exclusion.

Vers un encadrement rigoureux : les balises proposées

Conscient de la complexité de l'enjeu, le gouvernement fédéral confia en 2021 un mandat à un **Groupe d'experts sur l'AMM et les troubles mentaux**, composé de psychiatres, de bioéthiciens, de juristes et de représentants d'usagers. Leur rapport, publié en 2022, recommanda un encadrement strict des demandes, incluant :

- des évaluations psychiatriques indépendantes par deux cliniciens qualifiés ;
- une période minimale d'observation prolongée ;
- une preuve de l'échec de toutes les options thérapeutiques raisonnables ;
- une vérification rigoureuse de la capacité de consentement et de l'absence de pression externe ;
- une attention particulière à la situation socioéconomique du patient.

Ces recommandations visent à distinguer la souffrance persistante et inéluctable de la détresse circonstancielle, à éviter les décisions impulsives et à garantir que l'AMM ne soit accessible que dans des situations exceptionnelles, clairement définies.

Une société en tension : liberté ou protection ?

En définitive, le débat sur l'AMM et les troubles mentaux ne peut être tranché sur une base purement clinique ou légale. Il renvoie à une tension plus profonde entre deux valeurs fondamentales : la liberté de disposer de soi, même dans la maladie mentale, et le devoir de protection envers les personnes dont le jugement pourrait être altéré ou les conditions de vie indignes.

Pour certains, refuser l'AMM à une personne pleinement consciente, rationnelle, souffrante et sans perspective d'amélioration, constitue une forme d'acharnement thérapeutique inversé – une négation de l'autonomie au nom d'un paternalisme sécuritaire. Pour d'autres, autoriser l'AMM dans de tels cas revient à institutionnaliser l'abandon, et à médicaliser la précarité psychique.

En reportant à 2027 l'application de l'AMM aux troubles mentaux, le Parlement canadien s'est donné un sursis. Mais ce sursis est habité par une urgence morale : celle de créer, pour les plus vulnérables, un véritable environnement de soin, d'écoute, de continuité et de dignité. Car la question posée par ce débat n'est pas seulement : *« Qui peut mourir avec*

assistance ? », mais surtout : *« Qui a encore les moyens de vouloir vivre ? »*

L’AMM chez les mineurs matures : questions en suspens

Au Canada, l’aide médicale à mourir (AMM) demeure, à ce jour, inaccessible aux personnes mineures, même dans les cas où celles-ci sont jugées capables de discernement. Toutefois, cette exclusion ne repose pas sur un consensus absolu, mais sur une prudence législative, éthique et sociale face à un sujet d’une sensibilité extrême. Le concept de « mineur mature », reconnu en droit canadien pour d'autres décisions médicales graves, suscite de plus en plus d’attention dans les débats contemporains autour de la fin de vie. Plusieurs professionnels, juristes, familles et groupes de réflexion appellent à l'ouverture d'un dialogue national sur cette question en suspens, alors que le cadre actuel apparaît de plus en plus partiellement cohérent.

Un statu quo législatif contesté

La Loi C-14 (2016), puis la Loi C-7 (2021), ont toutes deux réservé l’accès à l’AMM aux personnes âgées de 18 ans et plus. Aucun mécanisme n’a été prévu pour les mineurs matures, c’est-à-dire des adolescents reconnus capables, sur le plan juridique, de prendre des décisions médicales éclairées, y compris dans des contextes de soins intensifs, de refus de traitements vitaux, ou de dons d’organes. Cette asymétrie soulève un paradoxe : un adolescent de 16 ans peut refuser une chimiothérapie en phase terminale, mais ne peut pas, même avec consentement éclairé, demander une aide médicale à mourir.

En 2018, le Conseil des académies canadiennes fut mandaté par le gouvernement fédéral pour examiner les enjeux éthiques, cliniques et juridiques entourant l'AMM pour les mineurs matures. Son rapport, publié en décembre 2018, ne formulait pas de recommandations définitives, mais mettait en lumière les tensions fondamentales du débat : maturité variable selon l'âge, difficultés d'évaluation du consentement libre, risque d'influence parentale ou institutionnelle, mais aussi souffrance parfois intolérable et incurable chez certains adolescents.

La réalité des jeunes patients en soins palliatifs

Bien que rares, les cas de jeunes patients confrontés à des maladies terminales, incurables et douloureuses sont une réalité clinique. Certains vivent de longues hospitalisations, avec des traitements intrusifs, des pertes fonctionnelles majeures, et une anticipation de fin de vie empreinte d'angoisse, d'isolement ou de désespoir. Plusieurs pédiatres et cliniciens spécialisés en soins palliatifs témoignent de situations où le désir de mourir n'émane pas d'une impulsion immature, mais d'une réflexion profonde, structurée, exprimée de manière constante, et en présence d'un soutien affectif adéquat.

Dans ces cas, l'interdiction stricte d'accéder à l'AMM peut apparaître comme une négation de la souffrance subjective et de la capacité d'autonomie de certains mineurs. La possibilité de reconnaître le statut de mineur mature pour l'AMM est donc défendue par plusieurs experts comme une manière de respecter le droit à la dignité, dans une continuité logique avec d'autres décisions de fin de vie reconnues chez les adolescents.

Le droit comparé : l’exemple de la Belgique et des Pays-Bas

Le Canada n’est pas le seul pays confronté à cette question. En Belgique, la loi sur l’euthanasie fut amendée en 2014 pour permettre l’accès à l’AMM à des mineurs de tout âge, à condition qu’ils soient en fin de vie, capables de discernement, et que leur souffrance soit jugée intolérable par une équipe médicale spécialisée. L’accord des parents est requis.

Aux Pays-Bas, la loi permet l’AMM entre 12 et 16 ans avec le consentement des parents, et entre 16 et 18 ans sans leur accord, mais avec obligation de consultation. Malgré cette ouverture, le nombre de cas demeure extrêmement faible : l’euthanasie pédiatrique représente moins de 0,01 % des AMM totales dans ces pays, ce qui témoigne d’une pratique rare, prudente, et très encadrée.

Ces expériences suggèrent qu’un encadrement rigoureux, bien balisé, permet d’offrir une option éthique dans des situations exceptionnelles, sans glissement vers des abus ou une banalisation.

Éthique, consentement et maturité : un triangle délicat

L’un des principaux obstacles à l’ouverture de l’AMM aux mineurs matures tient à l’évaluation du consentement éclairé. Comment déterminer si un adolescent est suffisamment mature pour comprendre la portée de sa décision ? Comment s’assurer que sa volonté n’est pas altérée par une pression familiale, une

douleur non soulagée ou un sentiment d’abandon ? La réponse à ces questions exige des outils cliniques adaptés, une approche interdisciplinaire, et un cadre législatif permettant de concilier protection et respect.

Sur le plan éthique, le refus d’accès à l’AMM sur la seule base de l’âge légal apparaît à certains comme arbitraire. L’évaluation de la capacité décisionnelle est déjà pratiquée pour d’autres décisions critiques en médecine pédiatrique. Pourquoi l’AMM en serait-elle exclue ? D’autant que certains mineurs, atteints de maladies dégénératives ou cancéreuses, vivent une conscience aiguë de leur condition, souvent supérieure à celle d’adultes en situation similaire.

Perspectives d’évolution

À ce jour, aucun projet de loi fédéral n’a encore été déposé pour élargir l’AMM aux mineurs matures, mais plusieurs appels à un débat public ont émergé depuis 2021. Les associations médicales, les groupes de défense des droits des enfants et les organismes de bioéthique demandent l’ouverture d’une consultation nationale, sur le modèle de celle menée pour les troubles mentaux.

Certains proposent un modèle progressif, restreint aux mineurs de 14 à 17 ans atteints de maladies en phase terminale, avec une évaluation approfondie de la maturité, la consultation obligatoire de professionnels indépendants, et l’implication des parents selon l’âge.

À terme, la reconnaissance du statut de mineur mature pour l’AMM poserait une question cruciale : une société peut-elle respecter le choix d’un jeune, pleinement conscient et souffrant, de ne plus vivre, sans pour autant renoncer à son devoir de protection ? Et, inversement, en refusant toute possibilité d’AMM, cette société ne risque-t-elle pas d’imposer une souffrance prolongée à des jeunes qui demandent à mourir avec la même dignité que les adultes ?

L’évolution du rôle des professionnels de santé dans l’AMM

Depuis la légalisation de l’aide médicale à mourir (AMM) au Canada en 2016, le rôle des professionnels de la santé a profondément évolué. Ce changement ne s’est pas limité à l’adoption d’un nouvel acte médical ; il a transformé en profondeur les fondements de la pratique clinique, les rapports au patient, les responsabilités éthiques, les cadres réglementaires et même l’identité professionnelle des soignants. L’introduction de l’AMM dans l’arsenal des soins n’a pas été un simple ajout, mais une reconfiguration des frontières entre soin, mort et accompagnement, qui continue d’engendrer tensions, débats et adaptations dans tout le système de santé.

Du refus à la responsabilité : la place des médecins et des infirmiers praticiens

Lors des débats précédant l’adoption de la Loi C-14, de nombreux médecins exprimèrent une réticence profonde à l’idée de participer activement à une procédure mettant intentionnellement fin à la vie d’un patient. La culture médicale traditionnelle, imprégnée du principe de non-malfaisance, rendait cette perspective difficilement conciliable avec l’éthique hippocratique. Pourtant, au fil des années, une transformation s’est opérée : des milliers de professionnels ont accepté – voire revendiqué – un rôle central dans l’accès à l’AMM, considérant cet acte non comme une rupture avec le

soin, mais comme une forme ultime de soulagement de la souffrance.

Au Canada, l’AMM peut être administrée par des médecins ou des infirmiers praticiens spécialisés, selon les provinces. Ces derniers ont progressivement acquis une légitimité élargie dans les soins primaires et palliatifs, et leur implication dans l’AMM témoigne de la déspécialisation progressive de ce geste. Toutefois, la disparité des pratiques demeure marquée selon les régions, les établissements et les individus.

De l’acte médical à l’accompagnement existentiel

Les professionnels impliqués dans l’AMM ne se contentent pas d’un acte technique. Ils deviennent les témoins et les facilitateurs d’une décision existentielle, souvent longuement mûrie, parfois conflictuelle. Leur rôle dépasse la prescription ou l’injection létale : il englobe l’évaluation de l’admissibilité, l’écoute de la souffrance, l’explication des alternatives, l’accompagnement des proches et le respect du rythme du patient.

Dans ce contexte, l’AMM a transformé la nature du soin palliatif lui-même. De plus en plus de soignants développent une expertise hybride, à la croisée de la médecine palliative et de la médecine de fin de vie assistée. Certains y voient un enrichissement du rôle professionnel, d'autres une source d’ambiguïté éthique.

Tensions entre conscience et devoir : l’objection dans la pratique

Le cadre canadien garantit aux professionnels de santé le droit à l’objection de conscience. Aucun médecin ou infirmier ne peut être contraint de participer à l’AMM s’il s’y oppose pour des raisons éthiques, religieuses ou philosophiques. Toutefois, ce droit s’accompagne d’une obligation : celle de faire un aiguillage efficace vers un collègue ou une structure en mesure de répondre à la demande du patient.

Dans la pratique, cette obligation d’orientation a suscité des litiges et des résistances, notamment dans certaines provinces comme l’Ontario, où l’ordre des médecins a exigé un « renvoi effectif ». Des cliniques, des hôpitaux confessionnels ou des soignants ont plaidé pour un respect élargi de leur liberté de conscience, dénonçant une forme de participation indirecte. Cette tension entre droits individuels et accès équitable aux soins demeure vive, et certains patients continuent de se heurter à des obstacles géographiques, institutionnels ou idéologiques.

Le fardeau émotionnel et moral : vers une éthique du soutien aux soignants

L’AMM est un acte profondément chargé sur le plan émotionnel. Bien qu’il soit librement consenti par les praticiens, il laisse souvent une empreinte durable. Les études montrent que certains professionnels vivent un profond sentiment d’accomplissement – celui d’avoir répondu à une demande humaine ultime – tandis que d’autres ressentent un

poids psychologique, une fatigue morale ou une forme d’isolement.

Le manque de formation initiale, l'absence de supervision psychologique systématique et le caractère tabou de ces émotions peuvent accentuer la détresse. Les appels à une reconnaissance du « fardeau du porteur d’aiguille » se multiplient, de même que les initiatives pour créer des espaces de parole, de soutien entre pairs, ou de réflexion éthique continue.

La formation en mutation : apprendre à mourir avec les patients

L’introduction de l’AMM a aussi transformé les curricula des écoles de médecine, de soins infirmiers et de bioéthique. Il ne s’agit pas seulement d’apprendre les protocoles légaux ou les critères d’admissibilité, mais de développer une capacité à naviguer entre le respect de l’autonomie, l’identification des vulnérabilités, et l’évaluation rigoureuse de la souffrance. De plus en plus, des modules de formation sur l’AMM incluent des mises en situation, des réflexions philosophiques sur la mort, et des outils de communication sensible avec les familles.

Pour les générations futures de soignants, l’AMM ne sera plus un tabou, ni une simple option marginale. Elle deviendra une compétence clinique parmi d’autres, qui exigera non seulement un savoir technique, mais une maturité humaine, une éthique du discernement, et une capacité à affronter ses propres limites.

Vers une professionnalisation encadrée de l’AMM

Plusieurs voix appellent aujourd’hui à une reconnaissance institutionnelle de la fonction de « prestataire d’AMM ». Cette professionnalisation permettrait de mieux encadrer la pratique, de protéger les praticiens de l’isolement, et de garantir une qualité constante des soins. Certaines provinces expérimentent déjà des équipes mobiles, composées de soignants formés spécifiquement à l’AMM, capables d’intervenir à domicile, en centre de soins, ou dans des régions éloignées.

L’avenir de l’AMM au Canada passera par une articulation plus claire entre cette spécialisation émergente et les pratiques médicales plus larges. Il s’agira de reconnaître à la fois l’exceptionnalité de cet acte, et son inscription progressive dans la médecine du quotidien.

Chapitre IV – Jurisprudence et contentieux majeurs

Rodriguez c. Colombie-Britannique (1993)

L’affaire *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, tranchée en 1993 par la Cour suprême du Canada, constitue l’un des jalons fondateurs du débat juridique canadien sur l’aide médicale à mourir, bien avant sa légalisation effective. Cette décision emblématique, rendue à une époque où l’euthanasie et le suicide assisté étaient criminalisés sans exception, a marqué la limite de la reconnaissance constitutionnelle du droit de mourir à l’époque, tout en semant les premières graines des réformes ultérieures.

Le contexte : la demande d’une mort digne

Sue Rodriguez, une résidente de la Colombie-Britannique âgée de 42 ans, avait reçu un diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (SLA) en 1991. Consciente que cette maladie neurodégénérative progresserait rapidement vers une paralysie totale tout en épargnant ses facultés cognitives, elle redoutait une fin de vie marquée par la souffrance, la dépendance complète, l’humiliation corporelle et la perte de contrôle. Elle souhaitait obtenir l’aide d’un médecin pour mettre fin à ses jours de manière sécuritaire, au moment qu’elle jugerait approprié.

Or, l’article 241(b) du Code criminel interdisait à quiconque d’aider ou d’encourager une autre personne à se suicider, sous peine d’emprisonnement. Rodriguez contesta cette disposition

en invoquant son inconstitutionnalité au regard de la Charte canadienne des droits et libertés, notamment les articles 7 (droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne), 12 (droit de ne pas subir de traitement cruel et inusité), et 15 (droit à l'égalité).

Les enjeux constitutionnels soulevés

Devant la Cour suprême, Rodriguez fit valoir que l'interdiction du suicide assisté violait son droit à l'autonomie corporelle, à la dignité et au contrôle sur les modalités de sa mort. Elle souligna que cette interdiction la forçait, si elle souhaitait éviter une mort atroce, à se suicider prématurément, avant de perdre ses capacités physiques – ce qui contrevenait à la fois à son droit de vivre pleinement jusqu'au bout et à celui de mourir dans des conditions humaines.

L'affaire posa des questions fondamentales sur les limites de la liberté individuelle, la portée de la Charte, et la fonction du droit pénal dans une démocratie libérale. Elle révéla aussi l'asymétrie entre le suicide (non criminel) et l'aide au suicide (criminelle), alors même que certaines personnes – comme Rodriguez – ne pouvaient plus s'en prévaloir seules sans assistance.

Une décision partagée : 5 contre 4

Le jugement, rendu en septembre 1993, rejeta la demande de Rodriguez par une majorité étroite de cinq juges contre quatre. Le juge en chef Antonio Lamer fut l'un des dissidents, aux

côtés des juges McLachlin, Cory et Iacobucci, tandis que le juge Sopinka rédigea les motifs de la majorité.

La Cour conclut que l’article 241(b) ne violait pas l’article 7 de manière injustifiable, puisque l’interdiction visait à protéger les personnes vulnérables contre des pressions indues à mettre fin à leur vie, et que cette restriction répondait à des principes fondamentaux de justice. La majorité refusa également de reconnaître une inégalité discriminatoire au titre de l’article 15, estimant que toute personne était également privée du droit de recourir à l’aide au suicide, quelle que soit sa condition physique.

La dissidence souligna au contraire que la disposition portait atteinte au droit à la liberté personnelle de Rodriguez, et que la restriction ne pouvait être justifiée dans une société libre et démocratique, notamment parce qu’elle la condamnait à une mort prématurée ou à une agonie prolongée, sans possibilité de choisir un moment opportun.

Un impact moral et politique profond

Même si l’affaire fut juridiquement perdue, l’impact social et politique de Rodriguez fut considérable. Sue Rodriguez poursuivit son combat avec dignité et détermination, gagnant l’appui de larges pans de la population et des défenseurs du droit de mourir. En 1994, elle mourut à son domicile, assistée illégalement dans son suicide par une personne restée anonyme, dans une atmosphère de respect discret. L'événement

souleva un élan d’empathie dans l’opinion publique et un malaise croissant face à l'interdiction rigide.

L’affaire Rodriguez posa les premières pierres d’une révision culturelle et juridique. Dans les années qui suivirent, plusieurs députés déposèrent des projets de loi pour légaliser l’euthanasie ou le suicide assisté, sans succès immédiat, mais avec un débat de plus en plus audible.

Vers une reconnaissance différée du droit de mourir

L’arrêt *Rodriguez* demeura pendant plus de deux décennies la référence juridique en matière d’interdiction de l’aide au suicide au Canada. Ce n’est qu’en 2015, avec la décision *Carter c. Canada*, que la Cour suprême opéra un revirement historique, en reconnaissant cette fois l’inconstitutionnalité de l’article 241(b) dans certaines circonstances. Le cheminement entre *Rodriguez* et *Carter* témoigne d’une lente mais profonde transformation du regard porté sur la mort choisie, la vulnérabilité, et la liberté personnelle.

Sue Rodriguez, par son courage, son argumentation et sa visibilité, a contribué à façonner le socle moral et symbolique sur lequel reposera, vingt ans plus tard, la légalisation de l’AMM au Canada.

Carter c. Canada (2015)

L'arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*, rendu à l'unanimité par la Cour suprême du Canada le 6 février 2015, constitue un tournant historique dans l'évolution du droit canadien en matière d'aide médicale à mourir. En invalidant l'interdiction générale de l'aide au suicide inscrite dans le Code criminel, la Cour est revenue sur sa propre décision rendue plus de deux décennies auparavant dans *Rodriguez c. Colombie-Britannique*. Ce revirement, rare dans l'histoire constitutionnelle canadienne, a consacré l'AMM comme un droit protégé dans certaines conditions, et a obligé le Parlement à légiférer pour encadrer cette pratique. L'affaire *Carter* a ainsi ouvert la voie à la légalisation de l'AMM au Canada, redéfinissant le rapport entre la liberté individuelle, la protection des personnes vulnérables et les limites de l'intervention de l'État dans la fin de vie.

Les faits et les requérants

L'affaire *Carter* a été initiée par Lee Carter et Hollis Johnson, qui avaient aidé la mère de Lee, Kay Carter, à se rendre en Suisse pour y obtenir une mort médicalement assistée. Kay Carter, atteinte d'une forme sévère de sténose spinale dégénérative, vivait des douleurs chroniques et une perte croissante d'autonomie. Elle ne souhaitait pas attendre une déchéance complète de son corps pour mourir. En raison des lois canadiennes, elle avait dû s'exiler pour obtenir une fin de vie digne.

Le litige fut appuyé par d'autres parties, dont Gloria Taylor, une femme atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA), qui souhaitait avoir le droit légal de recevoir une aide médicale à mourir au Canada. Gloria Taylor est décédée naturellement pendant le processus judiciaire, mais sa situation a marqué profondément la jurisprudence. L'affaire fut portée devant les tribunaux de la Colombie-Britannique, où la juge Lynn Smith rendit un jugement favorable en 2012, plus tard confirmé en partie par la Cour d'appel, et finalement tranché par la Cour suprême en 2015.

Les arguments constitutionnels

Les requérants soutenaient que l'interdiction de l'aide médicale à mourir violait les articles 7 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés. L'article 7 protège le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ; l'article 15 interdit la discrimination fondée notamment sur l'incapacité physique.

La Cour fut convaincue que l'interdiction générale portait atteinte aux droits garantis par l'article 7 de manière injustifiée. Elle souligna que cette interdiction pouvait obliger certaines personnes gravement malades à se suicider prématurément, de peur de devenir incapables d'agir plus tard, ou à endurer des souffrances intolérables sans possibilité de répit. En somme, la loi compromettait le droit à la vie (en poussant à des suicides précoces), à la liberté (en empêchant le choix de la fin de vie) et à la sécurité (en imposant la souffrance), sans justification constitutionnelle suffisante.

La décision : un encadrement strict de l’AMM

La Cour suprême a donc invalidé l’article 241(b) du Code criminel, dans la mesure où il interdisait l’aide médicale à mourir à une personne adulte, capable, qui consent clairement à mettre fin à sa vie, et qui souffre de problèmes de santé graves et irrémédiables lui causant des souffrances persistantes et intolérables.

La Cour a toutefois suspendu l’effet de sa décision pour une période de 12 mois (plus tard prolongée à 16 mois), afin de permettre au Parlement de mettre en place un cadre législatif cohérent. Elle a insisté sur le fait que cette ouverture ne créait pas un droit absolu à la mort assistée, mais un droit conditionnel, nécessitant une évaluation rigoureuse, des garanties procédurales, et des mécanismes de protection des personnes vulnérables.

Les répercussions sociales et politiques

L’arrêt *Carter* a profondément résonné dans la société canadienne. Il a été salué par les associations de défense des droits des patients, les partisans de la liberté individuelle, et de nombreux soignants en faveur de l’AMM. En revanche, plusieurs groupes religieux, associations de personnes handicapées et organismes de soins palliatifs ont exprimé leur inquiétude face aux risques de dérive, d’eugénisme ou de normalisation de la mort assistée.

Sur le plan politique, la décision *Carter* a forcé le gouvernement fédéral à entamer un processus législatif

complexe. Un groupe de travail consultatif, des commissions parlementaires et des consultations publiques ont été mis en place. La Loi C-14, adoptée en 2016, fut l'aboutissement immédiat de cette obligation constitutionnelle.

L'arrêt *Carter* a également influencé d'autres juridictions, notamment les débats en France, en Irlande, en Australie et en Nouvelle-Zélande, où la jurisprudence canadienne a été citée comme référence pour concilier les droits fondamentaux avec les limites de l'assistance à mourir.

Un précédent vivant

Rodriguez était une décision divisée, marquée par la prudence. *Carter* fut un jugement unanime, porté par une Cour plus audacieuse, soucieuse d'adapter la Charte à l'évolution des mœurs et à la complexité du réel. Il constitue aujourd'hui le socle constitutionnel de l'AMM au Canada, encore invoqué dans les débats sur l'élargissement aux troubles mentaux, aux mineurs matures, ou aux personnes inaptes.

La force de l'arrêt *Carter* ne tient pas seulement à son contenu juridique, mais à son impact humain. Il a permis à des milliers de Canadiens de reprendre la maîtrise de leur trajectoire de fin de vie, dans un cadre balisé, mais fondé sur l'écoute et la reconnaissance de leur souffrance.

Truchon et Gladu c. Procureur général du Canada (2019)

L’affaire *Truchon c. Procureur général du Canada*, tranchée en 2019 par la Cour supérieure du Québec, a marqué une étape décisive dans l’évolution de l’aide médicale à mourir au Canada. En invalidant le critère de “mort raisonnablement prévisible” contenu dans la Loi fédérale C-14 ainsi que la notion de “fin de vie” prévue par la loi québécoise, la juge Christine Baudouin a ouvert la porte à un élargissement considérable de l’AMM, notamment pour des personnes vivant avec des handicaps graves sans nécessairement être en phase terminale. Ce jugement a directement conduit à l’adoption de la Loi C-7 en 2021, qui a profondément modifié le régime législatif canadien.

Les requérants : deux existences limitées, mais lucides

Jean Truchon, atteint de paralysie cérébrale depuis la naissance, vivait depuis plusieurs années avec une perte irréversible de l’usage de ses bras et de ses jambes. Nicole Gladu, ancienne journaliste, souffrait quant à elle des séquelles graves d’une poliomyélite contractée dans l’enfance, aggravées par une scoliose et des douleurs chroniques. Tous deux souffraient de limitations sévères et persistantes, les plongeant dans une existence qu’ils considéraient comme intolérable. Pourtant, ni l’un ni l’autre n’étaient en fin de vie au sens de la législation en vigueur.

Ils souhaitaient bénéficier de l'AMM, mais s'en voyaient refuser l'accès en vertu des critères définis tant par la loi québécoise (fin de vie) que par la loi fédérale (mort raisonnablement prévisible). En 2017, ils ont intenté une action en justice afin de contester la constitutionnalité de ces exigences, en invoquant leurs droits fondamentaux garantis par la Charte canadienne.

Les fondements de la contestation

Les requérants soutenaient que les critères législatifs actuels, en restreignant l'accès à l'AMM aux personnes proches de la mort, portaient atteinte à leur droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne (article 7 de la Charte), de même qu'à leur droit à l'égalité (article 15), puisqu'ils établissaient une distinction discriminatoire fondée sur les capacités physiques.

Ils faisaient valoir que l'État ne pouvait forcer des personnes gravement handicapées à poursuivre une existence qu'elles jugeaient dégradante ou invivable simplement parce qu'elles n'étaient pas en fin de vie. En imposant cette limite, la loi ne protégeait pas la vie, mais en prolongeait artificiellement la souffrance.

Le jugement de la Cour supérieure du Québec

Dans un jugement de plus de 300 pages, la juge Christine Baudouin a donné raison aux requérants. Elle a déclaré inconstitutionnels et invalides les critères de "mort naturelle raisonnablement prévisible" dans la loi fédérale C-14, et de

“fin de vie” dans la loi québécoise. Elle a suspendu cette invalidation pour une période de six mois, tout en accordant une exemption immédiate à Truchon et Gladu.

Selon la juge, ces critères privaient certaines personnes, comme les requérants, d’un choix fondamental dans leur trajectoire de fin de vie. Ils créaient également une forme de discrimination indirecte en maintenant des personnes lourdement handicapées dans une souffrance prolongée que d’autres, capables de se suicider seules, pouvaient éviter.

La Cour a souligné que les objectifs légitimes de protection des personnes vulnérables ne justifiaient pas une atteinte aussi large et arbitraire aux droits fondamentaux, et que des mécanismes de sauvegarde moins restrictifs pouvaient être mis en place.

Une onde de choc législative

Le jugement *Truchon* a eu des conséquences politiques et juridiques immédiates. Le gouvernement fédéral a choisi de ne pas porter la décision en appel, ce qui équivalait à une acceptation de ses principes fondamentaux. En réponse, il a entamé un processus de réforme législative ayant conduit à l’adoption de la **Loi C-7** en mars 2021.

Cette nouvelle loi a retiré le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible comme condition d’accès à l’AMM, ouvrant celle-ci à des personnes atteintes de souffrances physiques ou psychiques graves et irrémédiables, sans qu’elles soient nécessairement mourantes. Elle a toutefois

instauré un régime différencié : un régime “rapide” pour les personnes en fin de vie, et un régime avec période d’attente et évaluations renforcées pour les autres.

Le jugement *Truchon* a aussi incité les provinces à réviser leurs propres cadres, notamment le Québec, qui a rapidement modifié sa loi pour la rendre conforme à la décision.

Un nouveau paradigme du droit de mourir

L’arrêt *Truchon* a contribué à faire basculer la conception canadienne de l’AMM : d’un droit exceptionnel pour les personnes en phase terminale, il est devenu une option encadrée mais accessible à un plus grand nombre, fondée avant tout sur l’intensité de la souffrance et l’autonomie décisionnelle, et non plus sur la proximité de la mort.

Il a aussi suscité des débats éthiques majeurs, notamment chez les associations de personnes en situation de handicap, inquiètes de voir la société valoriser la mort dans certaines conditions jugées “indésirables”. Les critiques ont insisté sur le risque que la société offre trop rapidement la mort comme solution à des souffrances sociales, matérielles ou psychologiques qui pourraient, dans un autre contexte, être soulagées autrement.

Malgré ces tensions, *Truchon* demeure une décision charnière, posant la question fondamentale de savoir si le respect de la vie peut aller jusqu’à inclure le respect du choix de la quitter.

Contestations contemporaines : Scully, Brosseau et l'avenir juridique de l'AMM pour troubles mentaux

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi C-7 en 2021, la question de l'élargissement de l'aide médicale à mourir (AMM) aux personnes souffrant uniquement de troubles mentaux comme motif de demande suscite une controverse nationale profonde, à la croisée du droit, de l'éthique et de la psychiatrie. Parmi les enjeux les plus récents et juridiquement complexes figure le recours déposé en 2023 par **John Scully**, journaliste retraité atteint de dépression majeure chronique, et **Claire Elyse Brosseau**, artiste souffrant de trouble bipolaire, qui ont intenté une action en justice contestant le report de l'entrée en vigueur de l'AMM pour troubles mentaux.

Ce contentieux, encore devant les tribunaux au moment de la rédaction, cristallise les tensions entre la reconnaissance de la souffrance psychique comme motif légitime de fin de vie, et la nécessité de protéger les personnes vulnérables au sein d'un système psychiatrique déjà fragilisé.

Le contexte législatif : un élargissement différé

La Loi C-7, adoptée en mars 2021, avait initialement prévu que l'AMM pour troubles mentaux deviendrait accessible au terme d'un moratoire de deux ans, soit en mars 2023. Ce délai visait à permettre la préparation des professionnels de santé, la mise en

place de protocoles d’évaluation spécialisés et la rédaction de lignes directrices cliniques sécuritaires.

Or, devant les inquiétudes soulevées par la communauté psychiatrique, les associations de personnes handicapées, et les élus, le gouvernement fédéral a adopté une nouvelle loi en 2023, prolongeant le moratoire de 12 mois supplémentaires. Puis, en février 2024, un second report a été voté, décalant l’entrée en vigueur au **17 mars 2027**. Ce report s’est appuyé notamment sur les conclusions prudentes du Groupe d’experts sur l’AMM et la maladie mentale, ainsi que sur les craintes concernant les risques de suicide assisté prématuré, les diagnostics fluctuants ou encore l’accès inégal aux soins psychiatriques.

Les demandeurs : Scully et Brosseau

John Scully, ancien correspondant de guerre, a vécu avec un trouble dépressif majeur pendant plus de cinquante ans. Il a été hospitalisé à de nombreuses reprises, a suivi une thérapie intensive, et affirme avoir épuisé toutes les options de traitement. Son état chronique et réfractaire lui cause, selon ses dires, des souffrances psychiques aussi intolérables qu’irréversibles. Sa demande d’AMM est cependant irrecevable en vertu du report législatif, bien que toutes les autres conditions médicales soient, selon lui, remplies.

Claire Elyse Brosseau, quant à elle, vit avec un trouble bipolaire de type I sévère. Elle soutient que malgré des périodes de stabilité relative, les épisodes de dépression et de

manie extrême, combinés à une forte médication, lui imposent une existence fragmentée, douloureuse et profondément altérée. Elle affirme être capable de discernement, consciente des implications de sa demande, et réclame un traitement égal à celui des personnes souffrant de douleurs physiques chroniques.

Tous deux ont donc déposé un **recours devant la Cour supérieure de l'Ontario** en août 2024, alléguant que le report de l'AMM pour troubles mentaux viole leur droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne (article 7 de la Charte), ainsi que leur droit à l'égalité (article 15).

Les arguments constitutionnels

Les plaignants affirment que le report constitue une forme de discrimination injustifiée à l'encontre des personnes dont la souffrance est exclusivement d'ordre psychique. Ils avancent que cette souffrance peut être tout aussi grave, persistante et irrémédiable que celle causée par des conditions somatiques. En excluant cette catégorie de patients de manière indéfinie, le législateur nierait leur autonomie décisionnelle et leur imposerait une forme de traitement différencié contraire à la Charte.

Ils soutiennent également que l'État, en maintenant l'interdiction, les pousse indirectement vers des moyens de suicide violents et non encadrés, violant ainsi leur droit à une mort digne et médicalement assistée.

Les répercussions attendues du jugement

La cause Scully-Brosseau représente la première véritable contestation du **principe même du report législatif** de l'AMM pour motifs psychiatriques. Elle obligera la Cour à se prononcer sur une tension fondamentale : jusqu'où le législateur peut-il restreindre l'accès à un droit constitutionnel reconnu, au nom de la protection des personnes vulnérables et de la prudence clinique ?

Selon certains juristes, une invalidation du report créerait une obligation immédiate de permettre l'AMM pour les troubles mentaux, tout en forçant les gouvernements et ordres professionnels à mettre en place sans délai les protocoles d'évaluation requis. À l'inverse, une validation du report confirmerait le pouvoir de l'État de tempérer certains droits dans un contexte de complexité scientifique et de risques sociaux élevés.

La décision, attendue en 2025 ou 2026, sera d'autant plus significative qu'elle pourrait façonner les conditions d'accès futures, notamment en matière de critères de diagnostic, d'historique de traitement, ou de durée minimale de souffrance.

Un débat sociétal irrésolu

L'affaire Scully-Brosseau révèle les fractures persistantes du débat canadien sur l'AMM : d'un côté, ceux qui revendiquent un droit à mourir avec assistance dans un cadre médicalisé, quelle que soit la nature de la souffrance ; de l'autre, ceux qui considèrent que l'élargissement à la maladie mentale représente

un risque trop grand pour des personnes en crise, parfois ambivalentes, et potentiellement influençables.

Entre ces deux pôles, une majorité silencieuse se débat avec des questions sans réponse : quelles garanties sont suffisantes ? Peut-on distinguer de manière fiable la souffrance incurable de la souffrance traitable ? Le suicide assisté est-il un soin psychiatrique, ou son renversement radical ?

L’issue de cette contestation judiciaire ne déterminera pas seulement l’avenir de deux individus, mais celui d’un pan entier de la bioéthique canadienne.

Autres cas judiciaires notables et recours collectifs

Si les affaires *Rodriguez, Carter*, *Truchon* ou plus récemment *Scully/Brosseau* constituent les pierres angulaires de l'évolution juridique de l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada, elles ne représentent qu'une fraction des litiges qui ont émergé depuis la légalisation de 2016. À mesure que le cadre législatif s'est consolidé, une série de recours individuels, de plaintes disciplinaires, de différends administratifs et même de **tentatives de recours collectifs** sont venus alimenter un contentieux foisonnant, révélant les zones grises et les tensions persistantes entre droit, médecine et éthique.

Contestations de refus d'accès à l'AMM

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi C-14, plusieurs justiciables ont intenté des poursuites après s'être vu refuser l'accès à l'AMM, malgré l'avis favorable de certains professionnels de la santé. Ces litiges mettent souvent en cause les évaluations divergentes de la souffrance « intolérable » ou du caractère « raisonnablement prévisible » de la mort (dans le régime antérieur à la Loi C-7).

L'un des cas les plus médiatisés est celui d'une femme âgée atteinte d'arthrose dégénérative sévère, dont la demande fut refusée par une équipe médicale estimant que sa souffrance ne satisfaisait pas au critère de « caractère incurable ». Après une bataille juridique, elle a obtenu gain de cause en appel devant

un tribunal administratif du Québec, relançant le débat sur la subjectivité des critères et sur la liberté clinique laissée aux professionnels.

Recours pour clause de conscience excessive

Certains patients ou leurs proches ont aussi contesté, devant les tribunaux ou les commissions des droits de la personne, des situations où des institutions de santé (souvent confessionnelles) refusaient d'autoriser l'évaluation ou la prestation de l'AMM dans leurs murs. Des litiges ont été soulevés notamment en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec, où des établissements catholiques ont invoqué la liberté religieuse pour ne pas autoriser l'intervention, obligeant des patients à être transférés en fin de vie.

Ces cas posent une question constitutionnelle sensible : jusqu'où la liberté de religion d'un établissement peut-elle restreindre le droit d'un individu à recevoir un soin légalement accessible ? Plusieurs commissions provinciales ont recommandé un encadrement plus strict de la clause de conscience institutionnelle, afin de garantir une continuité des soins.

Contestations de tutelles et d'interdictions de consentement

Des situations conflictuelles ont également émergé lorsque des patients adultes, réputés vulnérables ou sous régime de tutelle,

ont exprimé le souhait de recevoir l'AMM, mais que leur représentant légal ou un juge s'y opposait.

Un exemple marquant est celui d'un homme souffrant de sclérose latérale amyotrophique (SLA) placé sous tutelle en Ontario. Alors que sa souffrance était considérée comme intolérable par les médecins et qu'il exprimait lucidement son désir de mourir, son tuteur familial s'est opposé à la demande. Le tribunal a dû trancher en urgence, concluant que la capacité décisionnelle du patient primait sur le désaccord du représentant.

De tels cas soulignent la complexité du consentement éclairé dans des contextes de vulnérabilité, et l'enjeu crucial de bien évaluer l'autonomie réelle du demandeur.

Recours collectifs envisagés ou amorcés

Plus récemment, certaines associations de personnes handicapées ou de proches endeuillés ont amorcé ou envisagé des **recours collectifs** contre l'État fédéral ou certaines provinces, arguant que des personnes ont eu accès à l'AMM dans des conditions jugées inappropriées, faute de soins adéquats ou de soutien socioéconomique.

L'un de ces recours, en cours d'évaluation juridique à Toronto, vise à démontrer que l'État canadien a failli à son obligation de fournir des services de santé mentale ou d'aide au logement suffisants, poussant certaines personnes à choisir l'AMM non pas par désespoir médical, mais en raison d'un abandon systémique. Bien que cette cause n'ait pas encore franchi le

stade de l’autorisation judiciaire, elle soulève une critique fondamentale : l’AMM peut-elle devenir une « solution de dernier recours » dans un système de protection sociale défaillant ?

À l’inverse, certains militants pro-choix envisagent des recours pour contester les délais imposés à certaines catégories de demandeurs ou les refus systémiques de soins palliatifs en parallèle de l’AMM, soutenant que l’État empêche des personnes de vivre leur fin de vie de manière pleinement autodéterminée.

Impacts sur les ordres professionnels et instances disciplinaires

En parallèle des tribunaux civils, les ordres professionnels ont été sollicités pour statuer sur des plaintes éthiques visant des médecins ou des infirmières pratiquant l’AMM. Dans plusieurs provinces, des professionnels ont été dénoncés pour avoir supposément exercé des pressions indues, ou au contraire pour avoir refusé d’informer un patient de son droit à l’AMM.

Ces procédures, généralement confidentielles, témoignent d’une tension encore vive entre liberté de conscience individuelle, devoir d’information, et normes de pratique professionnelle. Elles révèlent aussi le besoin croissant de formation éthique et juridique pour les soignants confrontés à ces décisions irréversibles.

Chapitre V – Enjeux actuels et perspectives futures

Élargissement de l’AMM aux troubles mentaux : vers une nouvelle législation ?

Un tournant controversé dans l’évolution du droit

L’élargissement de l’aide médicale à mourir (AMM) aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental représente un jalon délicat, à la fois juridique, médical, éthique et politique. Cette évolution est au cœur des débats publics au Canada depuis l’adoption de la Loi C-7 en 2021, qui a retiré le critère de « mort raisonnablement prévisible » comme condition d’admissibilité, tout en repoussant à plus tard l’application de l’AMM dans les cas de troubles mentaux seuls. Le report successif de cette mise en œuvre – d’abord prévu pour 2023, puis 2024, et finalement pour mars 2027 – témoigne des profondes incertitudes entourant cette question.

Cadre légal actuel et reports successifs

Le Canada s’est doté d’un cadre juridique progressif en matière d’AMM, d’abord avec la Loi C-14 en 2016, puis avec la Loi C-7. Ce dernier texte reconnaît que certains troubles mentaux peuvent entraîner des souffrances psychiques aussi intolérables et irréversibles que certaines maladies physiques, ouvrant ainsi la porte à une égalité d’accès à l’AMM. Toutefois, le législateur a suspendu l’accès pour les personnes dont la maladie mentale est le seul motif invoqué, dans l’attente d’un encadrement plus

rigoureux, de lignes directrices professionnelles, de formations cliniques, et d’un consensus sociétal.

Les reports successifs – notamment celui de février 2024 à mars 2027 – ont été justifiés par un manque de préparation des systèmes de santé, des inquiétudes de la part des psychiatres, ainsi qu’un besoin de recherche supplémentaire. Ce délai vise à éviter les erreurs irréversibles dans un domaine où les diagnostics, le pronostic et l’évaluation de l’irréversibilité de la souffrance sont particulièrement complexes.

Enjeux médicaux et épistémologiques

L’un des principaux défis dans l’élargissement de l’AMM aux troubles mentaux réside dans la nature même des troubles psychiatriques. Contrairement à plusieurs maladies somatiques, les troubles mentaux n’évoluent pas de manière linéaire ou prévisible. La rémission spontanée, l’effet différé de certaines psychothérapies, les périodes de stabilité et les rechutes font partie intégrante de ces pathologies. Il est donc particulièrement difficile de juger du caractère « incurable » ou de l’irréversibilité d’une souffrance mentale.

De plus, la subjectivité du mal-être psychique rend l’évaluation de l’intolérabilité encore plus délicate. À l’heure actuelle, aucune grille universelle ne permet d’évaluer de manière standardisée la souffrance mentale ni de déterminer avec certitude si elle ne pourra jamais être soulagée. Plusieurs experts mettent en garde contre une médicalisation de la détresse existentielle, notamment dans les cas de troubles de la

personnalité, de dépression résistante ou de traumatismes complexes.

Positions des ordres professionnels et débats internes

Les psychiatres canadiens sont profondément divisés sur cette question. En décembre 2023, l'Association des psychiatres du Canada (CPA) a publié une déclaration appelant à un report de la mise en œuvre de l'AMM pour les troubles mentaux seuls, soulignant l'absence d'uniformité dans l'évaluation et le manque de ressources en santé mentale. D'autres voix, notamment parmi des praticiens spécialisés dans les soins aux personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, estiment qu'il serait injuste d'exclure ces patients du droit de mourir dans la dignité simplement en raison de la nature de leur maladie.

Des lignes directrices ont été publiées en 2023 par un groupe de travail formé de spécialistes en psychiatrie et en éthique, notamment par le Groupe d'experts indépendant sur l'AMM et la maladie mentale. Ces recommandations soulignent l'importance d'un second avis psychiatrique indépendant, d'un historique prolongé de traitements infructueux, et d'une période d'évaluation suffisamment longue. Toutefois, leur mise en œuvre reste inégale d'une province à l'autre, faute de mécanismes harmonisés.

Considérations éthiques : vulnérabilité et autonomie

L'extension de l'AMM aux personnes vivant avec des troubles mentaux soulève des tensions éthiques profondes entre le respect de l'autonomie individuelle et la protection des personnes vulnérables. D'un côté, les défenseurs de cette mesure soutiennent que le refus d'accorder l'AMM sur la seule base du diagnostic psychiatrique est une forme de discrimination et de stigmatisation. D'un autre côté, plusieurs observateurs craignent une « pente glissante », où la société renverrait aux individus souffrants le message que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

La question de la capacité décisionnelle est également centrale. L'évaluation du discernement dans le contexte d'une pathologie mentale grave (dépression majeure, schizophrénie, troubles dissociatifs, etc.) implique de s'assurer que la demande d'AMM n'est pas le symptôme d'un état mental temporaire ou influencé par un désespoir passager. Ce dilemme est d'autant plus aigu que certains patients refusent tout traitement ou abandonnent précocement les suivis thérapeutiques, rendant difficile l'appréciation de l'irréversibilité.

Perspectives législatives et avenir incertain

Le report de l'élargissement à 2027 ne signifie pas un abandon, mais plutôt un temps d'arrêt nécessaire. Il permet aux gouvernements provinciaux, aux ordres professionnels et aux

établissements de santé mentale d’élaborer des pratiques rigoureuses. Certaines provinces, comme le Québec, ont lancé des consultations publiques. Des travaux de recherche sont également en cours pour mieux comprendre les facteurs de demande d’AMM chez les personnes ayant un trouble mental.

À moyen terme, plusieurs issues sont envisageables : une mise en œuvre uniforme avec des garde-fous renforcés ; une législation différenciée selon le type de trouble mental ou l’historique clinique ; ou encore, une exclusion prolongée, voire permanente, dans certains cas jugés trop incertains. Quoi qu’il en soit, l’intégration pleine et entière de l’AMM dans le champ de la santé mentale canadienne ne pourra se faire qu’au prix d’un consensus social, d’un cadre éthique robuste, et d’un système de soins accessible et bienveillant.

Témoignages de personnes atteintes de troubles mentaux

Témoignage de Denise, survivante de dépression résistante

Prénom : Denise (prénom fictif pour préserver l'anonymat)

Lieu : Ontario, Canada

Âge : 47 ans

Condition : Dépression majeure résistante aux traitements, trouble de la personnalité borderline diagnostiqué à 19 ans

> « J'ai vécu avec une souffrance que les mots ne peuvent décrire. Pendant plus de vingt ans, j'ai tout essayé : antidépresseurs, antipsychotiques, psychothérapie, électroconvulsivothérapie, hospitalisations, groupes de soutien… Rien n'a jamais apaisé la douleur. Pas pour plus que quelques semaines. »

Denise explique qu'elle a consulté plus d'une trentaine de professionnels différents, souvent avec l'espoir que "cette fois, ce sera le bon traitement". Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises après des tentatives de suicide, vivant dans une forme de désespoir chronique.

> « On me dit que tant que je suis encore vivante, il y a de l'espoir. Mais vivre n'est pas suffisant. Ce que je veux, c'est vivre dignement. Or, la seule chose que j'éprouve chaque matin, c'est une angoisse

> terrible à l'idée d'avoir à survivre une autre journée. »

Elle milite aujourd'hui pour que les personnes souffrant uniquement de troubles mentaux puissent, comme celles qui ont une maladie physique incurable, avoir accès à l'AMM sous encadrement rigoureux.

> « Je ne veux pas mourir par impulsion. Je veux mourir parce que j'ai tout essayé. Et si la société me dit qu'il faut encore attendre, encore souffrir, c'est de la cruauté sous couvert de bienveillance. »

Elle conclut :

> « Ce que je réclame, ce n'est pas la mort. C'est le droit de choisir. Le droit de dire : j'ai atteint mes limites. Je veux partir sans violence, sans solitude, sans honte. »

Témoignage de Kimberly, atteinte de trouble obsessionnel-compulsif (TOC) grave et réfractaire

Prénom : Kimberly
Âge : 39 ans
Province : Colombie-Britannique
Condition : Trouble obsessionnel-compulsif sévère et résistant aux traitements, associé à des épisodes dépressifs majeurs chroniques

> « Le TOC a ruiné ma vie. Il ne s’agit pas simplement de se laver les mains plusieurs fois. C’est une guerre mentale qui ne cesse jamais. »

Depuis l’adolescence, Kimberly est prise dans des rituels mentaux et physiques qui lui prennent jusqu’à 10 à 12 heures par jour. Elle a tenté de poursuivre des études universitaires, de travailler, d’avoir une vie relationnelle, mais tout a été dévoré par la maladie.

> « Je vis enfermée dans mon appartement depuis près de cinq ans. Je ne peux pas toucher une poignée de porte sans crise de panique. Je dois me laver les mains jusqu’au sang. J’ai supplié les médecins de m’endormir quelques mois pour que mon cerveau se repose. »

Elle a suivi toutes les formes de traitement : ISRS, antipsychotiques, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies intensives, hospitalisation psychiatrique prolongée, stimulation magnétique transcrânienne, et même un essai de stimulation cérébrale profonde (DBS) qui a été interrompu faute de réponse.

> « Je ne suis pas suicidaire au sens impulsif. Je suis rationnelle, calme. Je veux vivre… mais pas cette vie. »

Kimberly a entrepris des démarches pour être évaluée dans le cadre de la future ouverture de l’AMM pour troubles mentaux,

dont la mise en œuvre a été reportée à 2027. En attendant, elle vit dans une attente douloureuse.

> « Ce que je demande, ce n’est pas un raccourci. C’est une sortie de secours, humaine, après des décennies d’efforts. Qu’on me respecte assez pour comprendre que mon cerveau est tout aussi malade qu’un organe défaillant. »

Témoignage de Marc-André, vivant avec une schizophrénie résistante

Prénom : Marc-André
Âge : 44 ans
Lieu : Québec
Diagnostic : Schizophrénie paranoïde diagnostiquée à l’âge de 21 ans, résistante aux traitements
Statut : En suivi psychiatrique continu, vivant seul en logement supervisé

> « J’ai passé plus de vingt ans à essayer de vivre avec ma tête. Ce n’est pas une question de vouloir mourir, c’est une question de ne plus avoir à survivre. »

Marc-André a connu sa première psychose à l’université. Il a rapidement été diagnostiqué schizophrène et hospitalisé à de nombreuses reprises. Son traitement a impliqué divers antipsychotiques, certains provoquant des effets secondaires

sévères : rigidité musculaire, prise de poids, insomnie chronique, dyskinésies involontaires.

> « On me dit que je suis “stabilisé”, mais personne ne vit dans mon esprit. J’entends encore des voix tous les jours. Elles me menacent. Elles me dégradent. Elles commentent chacun de mes gestes. »

Malgré les ajustements pharmacologiques, la thérapie et les programmes de réhabilitation, ses symptômes persistants ont considérablement réduit sa qualité de vie. Il ne peut plus travailler, a perdu tout contact avec sa famille, et vit dans une solitude extrême.

> « J’ai essayé de m’enlever la vie deux fois. Ce n’était pas pour attirer l’attention, c’était pour cesser de souffrir. On m’a sauvé… pour me renvoyer dans le même enfer. »

Marc-André a appris qu’il pourrait être admissible à l’AMM à l’avenir si la législation canadienne s’élargit aux troubles mentaux comme seule condition médicale. Il a entrepris une démarche formelle pour être évalué par un psychiatre indépendant.

> « Ce que je demande, ce n’est pas l’euthanasie pour la maladie mentale en général. C’est l’AMM pour les cas extrêmes comme le mien, où la souffrance est durable, incurable, et documentée. »

Il conclut :

« Si on reconnaît que certaines douleurs physiques sont intolérables malgré tout, pourquoi refuse-t-on de croire que certaines douleurs mentales puissent l’être aussi ? »

Les demandes anticipées

Introduction : anticiper la mort, préserver la volonté

Avec l'évolution de la législation canadienne sur l'aide médicale à mourir, un nouveau pan du débat public et médical s'ouvre autour des **demandes anticipées**, aussi appelées **directives anticipées de demande d'AMM**. Cette possibilité, désormais envisagée par la loi canadienne, consiste à permettre à une personne d'exprimer à l'avance, alors qu'elle est encore en pleine possession de ses facultés mentales, sa volonté de recevoir l'AMM dans un futur où elle ne serait plus apte à consentir, mais où les conditions fixées dans sa directive seraient réunies.

Ce changement marque une transition profonde dans la manière dont la société aborde la fin de vie : de la réponse à une souffrance présente et consentie, on passe à une **volonté projetée**, formulée par la personne encore apte pour une situation où elle ne le sera plus. Cette transformation soulève des enjeux majeurs en matière de droit, d'éthique, de responsabilité professionnelle et de protection des personnes vulnérables.

Cadre législatif actuel au Canada

Depuis l'adoption du **projet de loi C-7** en 2021, la législation canadienne a prévu la possibilité pour certaines personnes de

recevoir l’AMM même si elles ont perdu leur capacité à consentir au moment de l’administration, à condition que :

- Une demande d’AMM ait été faite et approuvée par deux professionnels compétents ;
- Le décès naturel soit raisonnablement prévisible ;
- La perte de capacité ait été anticipée dans un court délai (maximum 90 jours à partir de la signature).

Cependant, cette disposition ne couvre pas encore pleinement les **directives anticipées étendues**, par exemple dans le cas de maladies neurodégénératives comme la maladie d’Alzheimer. Le gouvernement fédéral a reporté à 2027 toute extension à des demandes plus générales d’AMM anticipée. Un débat social, scientifique et juridique est en cours pour évaluer la faisabilité et les risques de ce type d’élargissement.

Enjeux éthiques : identité, consentement et représentativité

L’idée de directives anticipées soulève plusieurs **dilemmes philosophiques et éthiques**. L’un des plus centraux est celui de l’identité personnelle : **la personne future est-elle encore la même que celle qui a signé la directive** ? Peut-on appliquer à une personne en perte cognitive avancée (comme dans un stade sévère de démence) une décision qu’elle a prise des années auparavant ?

Certains éthiciens défendent la primauté du **"soi narratif"** – celui qui planifie, choisit et conçoit son avenir en fonction de

ses valeurs. D’autres rappellent qu’une personne en état de démence peut parfois paraître sereine, souriante, même si elle n’est plus en capacité cognitive : son droit à la vie et à la protection reste entier.

Il s’agit également de préserver l’équilibre entre deux formes de consentement :

- **Le consentement actuel**, basé sur la présence d’une volonté consciente ;
- **Le consentement anticipé**, basé sur une décision passée qui prévaut en cas d’incapacité future.

Le dilemme est d’autant plus vif que la personne incapable ne peut plus confirmer ni révoquer sa volonté. Cela crée un risque d’interprétation excessive ou erronée par les proches ou les professionnels.

Application pratique : risques de dérive ou garantie de dignité ?

Les partisans des directives anticipées soulignent qu’elles **protègent les personnes contre une dégradation qu’elles redoutent profondément**, en leur permettant de ne pas vivre dans un état qu’elles ont jugé à l’avance comme inacceptable. C’est notamment le cas pour certaines maladies dégénératives où la perte de dignité personnelle, d’autonomie, et de reconnaissance de soi sont perçues comme des souffrances majeures.

Les opposants mettent en garde contre :

- L’**incertitude des prédictions médicales** sur l’évolution d’une maladie ;
- Le risque de pressions familiales ou institutionnelles, notamment dans un contexte de ressources limitées en soins de longue durée ;
- La difficulté d’interpréter des directives souvent rédigées dans un langage général ou imprécis.

Dans la pratique, plusieurs mécanismes de **sauvegarde** sont envisagés pour minimiser ces risques :

- Des directives précises, signées et validées médicalement ;
- Des évaluations réitérées tant que la personne est encore apte ;
- Une supervision indépendante ou judiciaire dans les cas complexes.

Comparaisons internationales

Le **Benelux** (Belgique, Pays-Bas, Luxembourg) permet depuis plusieurs années l’euthanasie par directive anticipée, notamment pour les personnes atteintes de démence avancée. Toutefois, ces cas demeurent rares, et les conditions sont très strictes. Aux **Pays-Bas**, une directive doit être claire, explicite, et validée par le médecin responsable. En Belgique, la directive reste valide pour une durée de 5 ans et doit être renouvelée.

Ces pays montrent que l'application pratique reste marginale, mais qu'elle peut fonctionner dans un cadre balisé, avec un haut degré de vigilance éthique.

Conclusion : anticiper la mort sans précipiter la fin

Les directives anticipées pour l'AMM introduisent un **changement de paradigme** : la mort n'est plus seulement une réponse à une détresse présente, mais un acte programmé dans une logique de continuité de l'identité et de la volonté. Cette possibilité peut protéger la dignité de la personne, mais elle exige une société lucide, prudente et soucieuse d'équité.

Si la loi canadienne devait être élargie à ce type de demandes, elle devra s'accompagner de **garanties juridiques rigoureuses**, de **ressources accrues pour l'accompagnement**, et d'une **éducation collective sur la rédaction de directives anticipées**, qui doivent être conçues avec soin, appuyées sur des conversations ouvertes, et inscrites dans une trajectoire de soins.

Le défi est immense : il s'agit de permettre à chacun de choisir sa mort sans que ce choix ne devienne une obligation implicite pour ceux que la société a déjà rendus invisibles.

Le Sarco

Une machine de mort au service de l'autonomie ?

Parmi les innovations les plus controversées dans le champ de l'aide à mourir, la capsule *Sarco* – contraction de *sarcophagus* – a récemment attiré l'attention des médias, du public et des professionnels de santé. Conçue par le militant australien Philip Nitschke, médecin radié pour ses prises de position en faveur de l'euthanasie libre, la machine Sarco est un dispositif de suicide assisté présenté comme « indolore, rapide et autonome ». Transportable, au design futuriste, elle propose une expérience de mort « douce et digne », déclenchée par la personne elle-même, sans intervention médicale directe.

Ce dispositif, à la croisée de la technologie, du design et de l'activisme, soulève de vifs débats : symbolise-t-il une avancée en faveur du droit à mourir dans la dignité, ou une inquiétante désinstitutionnalisation de la mort médicalement assistée ?

Fonctionnement de la capsule Sarco

Le Sarco est une capsule imprimée en 3D, conçue pour être utilisée par une personne en capacité de donner un consentement éclairé. Une fois la personne installée à l'intérieur, la machine s'active après confirmation visuelle ou vocale, et diffuse de l'azote gazeux, réduisant l'oxygène à un niveau létal en quelques minutes, sans provoquer de suffocation ni de panique physiologique. La mort surviendrait

en moins de dix minutes, dans un état de semi-euphorie lié à l’hypoxie.

La capsule est conçue pour être utilisée de manière autonome : aucun professionnel de santé n’est requis sur place, et aucun médicament réglementé n’est nécessaire. Les plans de construction sont théoriquement ouverts à la reproduction sous licence libre, dans une logique de démocratisation de l’accès à la mort assistée.

Entre libération et inquiétude

Les défenseurs du Sarco mettent en avant l’autonomie totale offerte par ce dispositif : la personne n’a pas besoin d’autorisation médicale, peut choisir l’endroit et le moment de sa mort, et n’est pas soumise aux protocoles lourds, souvent perçus comme humiliants ou infantilisants, de certaines législations sur l’AMM.

Dans cette perspective, le Sarco s’inscrit dans une logique transhumaniste et libertaire, qui promeut un droit absolu à la mort choisie, libéré de l’institution médicale et de la régulation étatique. Cette approche radicale soulève toutefois de sérieuses critiques, tant du point de vue éthique que juridique.

Les critiques : banalisation, désocialisation, absence de garde-fous

❖ *Dérive vers une mort technicienne et individualisée*

En retirant la dimension médicale, relationnelle et contextuelle de la mort assistée, le Sarco réduit l’acte à une opération technique. Le risque est d’évacuer la complexité psychique, sociale et morale de la décision de mourir, en la ramenant à une interaction avec une machine. Plusieurs bioéthiciens craignent que cela ne transforme la mort assistée en service utilitaire, au détriment d’une réflexion humaine et solidaire.

❖ *Vulnérabilité psychique et usage impulsif*

En permettant un usage autonome, sans procédure d’évaluation, la capsule Sarco pourrait être accessible à des personnes en détresse passagère ou souffrant de troubles mentaux non diagnostiqués. Or, de nombreuses études en suicidologie rappellent que l’impulsivité et la réversibilité des états de crise exigent des périodes de recul, d’accompagnement et de soutien. Une mort irréversible obtenue en quelques minutes ne laisse aucune place à la médiation ni à la prévention.

❖ *Glissement vers une marchandisation de la mort*

Si le Sarco devenait disponible à grande échelle, certains redoutent qu’il n’alimente un marché parallèle de la mort

assistée, voire une forme de « tourisme euthanasique » déresponsabilisé. La fascination médiatique autour de la machine, notamment auprès de jeunes adultes ou de personnes vulnérables, renforce le danger d'un imaginaire esthétisé de la mort, potentiellement banalisé.

Réactions internationales et régulations possibles

À ce jour, le Sarco n'est autorisé dans aucun pays. Toutefois, la Suisse est envisagée comme un des premiers territoires potentiellement compatibles avec sa philosophie, étant donné la dépénalisation du suicide assisté sans critères médicaux stricts. Néanmoins, les autorités suisses n'ont pas donné leur aval officiel, et plusieurs experts en éthique médicale appellent à encadrer rigoureusement l'usage de tels dispositifs.

Le Conseil de l'Europe, de son côté, a rappelé dans plusieurs avis que toute aide au suicide ou à l'euthanasie devait respecter les principes de dignité humaine, d'autonomie, mais aussi de protection des personnes vulnérables. La machine Sarco, de par sa conception même, échappe à toute régulation institutionnelle, posant un défi inédit au droit médical contemporain.

Le cas canadien : vers une réflexion anticipée ?

Au Canada, l'AMM est strictement encadrée par la législation fédérale, qui exige une évaluation médicale rigoureuse, la présence d'un professionnel, et des conditions précises d'admissibilité. Le Sarco, en l'état, contrevient à plusieurs de

ces exigences. Toutefois, si la notion d'AMM venait à être redéfinie dans une optique plus libertaire ou si la législation évoluait vers un modèle d'accès élargi et assisté technologiquement, la question de l'autorisation – ou de l'interdiction explicite – de tels dispositifs pourrait s'imposer.

Des universitaires canadiens plaident déjà pour une prise de position anticipée du législateur sur les outils de mort autonomes, afin de prévenir leur usage clandestin ou non encadré. La réflexion doit aussi porter sur les conditions dans lesquelles la technologie peut ou non accompagner la mort, sans en trahir le sens humain, éthique et relationnel.

Conclusion : entre utopie libertaire et zone grise morale

Le Sarco symbolise l'un des débats les plus troublants du XXIe siècle autour de la mort volontaire : jusqu'où peut-on déléguer à la technologie la responsabilité d'une décision aussi radicale ? Peut-on concevoir une autonomie sans médiation humaine, sans regard médical, sans devoir de vigilance collective ?

Entre instrument d'émancipation ultime et risque de déshumanisation, la capsule Sarco nous confronte à une limite : celle où le droit à mourir cesse d'être une protection et devient un produit, une fonction, un service. Le défi éthique n'est plus seulement de garantir le droit de mourir, mais de veiller à ce que ce droit ne devienne jamais une fuite devant nos responsabilités collectives envers la vie.

Les personnes handicapées et la critique d’un biais capacitiste

Une inquiétude croissante face à l’AMM comme réponse sociale au handicap

Depuis l’adoption de la Loi C-7 en 2021, qui a permis l’accès à l’aide médicale à mourir (AMM) même si la mort naturelle n’est pas raisonnablement prévisible, un mouvement critique s’est intensifié autour de la manière dont les personnes en situation de handicap sont affectées par cette nouvelle orientation. Pour plusieurs défenseurs des droits des personnes handicapées, cette évolution législative reflète – voire renforce – un biais capacitiste, c’est-à-dire une forme de discrimination systémique selon laquelle la vie des personnes ayant des incapacités serait jugée comme ayant moins de valeur, ou comme moins digne d’être vécue.

Des organisations comme le Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD), Inclusion Canada, ou encore des universitaires et juristes spécialisés en droits de la personne, ont exprimé des préoccupations majeures. Selon eux, l’élargissement de l’AMM, sans protection suffisante, risque de transformer une mesure d’exception en un substitut aux obligations sociales fondamentales de soutien, d’inclusion et d’accessibilité.

Biais capacitiste et diagnostic social de la souffrance

Le concept de capacitisme repose sur l’idée que les sociétés modernes, conçues autour de normes de productivité, d’indépendance et de performance physique et cognitive, marginalisent les personnes qui ne répondent pas à ces critères. Appliqué à l’AMM, ce biais peut se traduire par une interprétation erronée de la souffrance : une personne handicapée pourrait exprimer une détresse liée non pas à sa condition intrinsèque, mais à des facteurs sociaux comme l’isolement, la pauvreté, l’absence de soins appropriés ou de logements adaptés.

Dans ce contexte, permettre l’accès à l’AMM sans corriger d’abord ces inégalités structurelles revient, selon les critiques, à valider une forme de résignation collective. La société offrirait la mort médicalement assistée comme solution à une souffrance qu’elle contribue elle-même à générer ou à aggraver par son inaction.

Cette inquiétude est d’autant plus vive que plusieurs témoignages médiatisés ont révélé que des personnes en situation de handicap ont envisagé, demandé ou obtenu l’AMM faute de ressources adéquates, de soutien à domicile, ou de traitements adaptés. Ces situations, bien que rares, soulèvent une question cruciale : l’État canadien est-il en train d’offrir la mort à des personnes dont il ne parvient pas à garantir la vie dans la dignité ?

Des cas emblématiques et un malaise collectif

Certains cas ont ébranlé l'opinion publique. Par exemple, le cas de Madeline, une femme ontarienne atteinte d'une maladie chronique et handicapante, qui a reçu l'AMM en invoquant son incapacité à accéder à un logement salubre, a été largement relayé par les médias. De même, d'autres personnes handicapées ont affirmé que l'absence de services sociaux ou de soutien à la mobilité constituait la principale source de leur désespoir. Ces témoignages ont alimenté la critique selon laquelle le régime actuel d'AMM permettrait de contourner les obligations sociales et économiques de l'État en matière de handicap.

Ces cas soulignent la difficulté de tracer une frontière nette entre la souffrance médicale et la souffrance sociale. Si la législation canadienne insiste sur la nécessité d'un consentement libre, éclairé et éclairé par une évaluation médicale rigoureuse, les conditions socio-économiques de la vie quotidienne pèsent néanmoins fortement sur la décision de demander l'AMM.

Droit à mourir ou dévalorisation du droit de vivre ?

Pour les personnes en situation de handicap, la question de l'AMM dépasse le cadre individuel. Il s'agit aussi de la perception sociale de leur existence. Plusieurs groupes affirment que l'accès élargi à l'AMM, en l'absence d'un investissement massif dans les soins communautaires, les

technologies d’assistance, les aides au revenu et les services inclusifs, contribue à un discours implicite selon lequel certaines vies ne seraient pas « assez bonnes » pour être vécues.

Cette critique s’inscrit dans une perspective plus large de justice sociale. Elle rejoint les revendications féministes, autochtones, et antiracistes, qui dénoncent également les conditions structurelles de vulnérabilité dans lesquelles certaines populations peuvent être poussées à choisir l’AMM, non par réel désir de mourir, mais par manque de soutien pour vivre.

Réponses gouvernementales et limites actuelles

Face à ces critiques, le gouvernement fédéral et plusieurs provinces ont souligné que l’AMM reste strictement encadrée, évaluée par des professionnels qualifiés, et réservée aux cas où la souffrance est jugée intolérable et irréversible. Toutefois, ces garanties ne répondent pas aux critiques portant sur les conditions socio-économiques systémiques.

En réponse partielle, Ottawa a mandaté le Conseil des académies canadiennes pour étudier les impacts de l’AMM sur les groupes vulnérables, incluant les personnes handicapées. Le rapport final reconnaît l’existence d’un risque éthique important et recommande un suivi rigoureux, des évaluations indépendantes, ainsi que le développement de mécanismes de plaintes et de surveillance renforcée.

Malgré cela, peu de mesures concrètes ont été mises en place à ce jour pour s’assurer que l’accès à l’AMM ne compense pas l’absence d’un véritable soutien aux personnes handicapées. Il reste donc un écart important entre les principes énoncés dans la loi et les réalités vécues sur le terrain.

Vers une reconnaissance des droits sociaux comme prérequis éthique

La critique d’un biais capacitiste ne remet pas forcément en cause le droit à l’AMM en soi. Elle appelle plutôt à une réflexion politique plus large : avant d’élargir l’accès à la mort médicalement assistée, ne devrait-on pas garantir le droit de vivre avec dignité ? Plusieurs défenseurs des droits des personnes handicapées plaident ainsi pour une réforme parallèle des politiques publiques : financement accru des soins à domicile, revenu de base garanti, logements accessibles, et inclusion active des personnes handicapées dans les débats et les décisions.

En somme, l’avenir de l’AMM au Canada dépendra aussi de sa capacité à évoluer sans entériner des inégalités historiques. Il s’agira de bâtir un modèle fondé sur le choix réel, et non sur l’abandon.

AMM et inégalités sociales : l’accès, la pauvreté, la santé mentale

Une liberté de choix sous conditions sociales

L’aide médicale à mourir (AMM) est souvent présentée comme un droit individuel fondé sur l’autonomie, la dignité et la liberté de choisir les conditions de sa propre mort. Toutefois, cette vision repose sur une hypothèse d’égalité devant le choix, comme si tous les citoyens canadiens disposaient des mêmes ressources, soutiens, et conditions de vie pour prendre une telle décision. Or, dans une société marquée par de profondes inégalités économiques, sociales, et sanitaires, le recours à l’AMM ne peut être analysé de façon isolée : il est intimement lié à l’accès inégal aux soins, au logement, aux revenus de base, à la santé mentale et au soutien psychosocial.

Cette tension soulève une interrogation éthique majeure : dans quelle mesure l’AMM peut-elle être considérée comme un choix libre et éclairé, lorsque les conditions matérielles d’existence privent de nombreux individus des moyens de vivre dignement ?

Les déterminants sociaux de la demande d’AMM

Plusieurs études canadiennes récentes suggèrent que certaines demandes d’AMM ne découlent pas seulement de la souffrance liée à une condition médicale, mais de facteurs sociaux aggravants : l’isolement, la pauvreté, la précarité résidentielle,

la solitude, le sentiment d'inutilité, ou encore la dégradation du soutien communautaire.

La pauvreté, notamment, agit comme un amplificateur de la souffrance. Une personne vivant avec une maladie chronique invalidante, mais disposant d'un revenu adéquat, d'un logement adapté et d'un réseau de soutien, aura probablement une expérience différente de celle d'une personne en situation d'exclusion ou de dépendance sociale. Pourtant, la loi actuelle n'exige pas que ces déterminants sociaux soient examinés ou compensés avant d'accorder l'AMM.

Cette lacune normative alimente la crainte que, dans certains cas, l'État ne propose la mort médicalisée comme solution par défaut à l'absence de services essentiels. Une telle dynamique pourrait instituer, de fait, une médecine de l'abandon.

Santé mentale, précarité et vulnérabilité sociale

Les personnes vivant avec des troubles mentaux, particulièrement lorsqu'ils sont associés à la précarité économique, sont parmi les plus vulnérables à cette dynamique. L'accès inégal à la santé mentale est bien documenté au Canada : longues listes d'attente pour les psychologues, rareté des psychiatres dans les milieux ruraux, difficulté d'accès aux thérapies de soutien ou aux médicaments dans certaines provinces.

Dans ce contexte, plusieurs personnes atteintes de troubles psychiques chroniques, qui ne reçoivent pas de traitement adéquat ou qui vivent dans des conditions de logement

dégradantes, peuvent en venir à considérer l'AMM non comme un choix, mais comme un soulagement ultime face à l'indifférence du système. Le désespoir social devient ainsi une cause masquée de la demande de mort.

Des rapports, notamment du *Centre canadien de politiques alternatives* et d'universitaires en santé publique, alertent sur le fait que les personnes sans domicile, les usagers de drogues, ou les personnes vivant avec des troubles psychiatriques non pris en charge sont surreprésentées parmi les populations à risque de faire une demande d'AMM lorsque celle-ci devient plus accessible.

Disparités régionales et barrières structurelles d'accès

Par ailleurs, les inégalités sociales affectent aussi l'accès équitable à l'AMM lui-même. Dans les régions rurales, nordiques ou éloignées, l'accès à des médecins formés pour offrir l'AMM est souvent limité. Les patients doivent parfois se déplacer à des centaines de kilomètres, ce qui n'est pas toujours possible pour des personnes âgées, à mobilité réduite ou sans soutien familial.

De même, certaines communautés marginalisées – notamment autochtones, racisées ou allophones – se heurtent à des barrières linguistiques, culturelles et systémiques dans le processus d'évaluation. Il en résulte une double inégalité : certains Canadiens n'ont pas accès à l'AMM alors qu'ils pourraient y être admissibles, tandis que d'autres y ont recours

faute d’avoir bénéficié des conditions de base qui leur permettraient de vivre autrement leur souffrance.

AMM et justice sociale : un impératif de rééquilibrage

À la lumière de ces constats, de plus en plus de voix plaident pour que l’AMM soit pensée en lien avec une politique sociale de réduction des inégalités. Cela implique de reconnaître que le choix de mourir ne peut être considéré comme pleinement libre que s’il s’accompagne d’un droit réel de vivre avec dignité. Cela exigerait, en amont, un investissement accru dans :

- des programmes de revenu garanti pour les personnes inaptes au travail ou vivant avec des incapacités ;
- un accès universel et gratuit à des soins de santé mentale de qualité ;
- le développement de logements accessibles, sécuritaires et salubres ;
- la lutte contre l’isolement social des personnes âgées et vulnérables ;
- la présence de travailleurs sociaux et d’intervenants communautaires dans le processus d’évaluation de l’AMM.

De telles mesures ne visent pas à restreindre l’accès à l’AMM, mais à garantir qu’il ne soit jamais accordé par défaut, en raison d’une souffrance évitable.

Un équilibre difficile entre autonomie individuelle et responsabilité collective

Enfin, il convient de souligner que la tension entre liberté individuelle et justice sociale ne se résout pas aisément. Certains défenseurs de l'AMM insistent sur le fait qu'il serait paternaliste de restreindre l'accès à une personne pauvre ou en détresse, sous prétexte qu'elle ne serait pas « vraiment libre ». D'autres rappellent qu'une société véritablement éthique ne peut accepter que la pauvreté ou la solitude deviennent des justifications légitimes pour hâter la mort.

Ce débat interroge les fondements de notre pacte social. Si la mort devient une option plus accessible que la vie, dans un contexte de défaillance systémique, c'est non seulement l'AMM qui est en cause, mais le contrat de solidarité collective qui est mis à l'épreuve.

Réflexions comparatives : AMM au Canada et ailleurs dans le monde

Un modèle canadien distinctif et évolutif

Le régime canadien d’aide médicale à mourir (AMM), tel qu’il s’est structuré depuis l’arrêt *Carter* (2015) et les lois C-14 (2016) puis C-7 (2021), se distingue sur la scène internationale par son degré d’ouverture et sa rapidité d’évolution. En permettant l’AMM non seulement aux personnes en fin de vie, mais aussi à celles dont la mort n’est pas raisonnablement prévisible, et en envisageant son élargissement aux personnes souffrant exclusivement de troubles mentaux, le Canada s’engage dans une voie plus audacieuse que la plupart des autres démocraties occidentales.

Cette orientation suscite autant d’éloges que de préoccupations. D’un côté, le Canada est perçu comme un pionnier des droits individuels. De l’autre, certains y voient une expérience à risque, susceptible d’entraîner des dérives si elle n’est pas rigoureusement encadrée. Une analyse comparative permet de mieux situer les choix canadiens dans le paysage mondial et de nourrir une réflexion critique sur les enjeux éthiques, juridiques et sociaux liés à l’AMM.

L’Europe continentale : la référence des pionniers

Les premières lois de dépénalisation de l’euthanasie et du suicide assisté ont été adoptées dans des pays d’Europe

occidentale à la fin du XXe siècle. Les trois juridictions les plus souvent comparées au Canada sont les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg.

Pays-Bas (2002) :
La législation néerlandaise permet l'euthanasie et le suicide assisté pour les personnes majeures (et, dans certains cas, mineures) qui éprouvent une souffrance physique ou psychique « insupportable et sans perspective d'amélioration ». Le rôle central y est accordé au médecin, qui doit avoir la conviction que le patient est pleinement capable de consentir et que tous les traitements raisonnables ont été envisagés. L'euthanasie pour souffrance psychique est autorisée sous conditions très strictes depuis plus de vingt ans, mais reste rare. La pratique s'appuie sur des protocoles rigoureux, avec contrôle post-acte par une commission régionale indépendante.

Belgique (2002) :
Le régime belge autorise l'euthanasie pour les adultes (et, depuis 2014, pour les mineurs sans limite d'âge, dans des cas exceptionnels). La souffrance peut être physique ou psychique, incurable, constante et insupportable. Contrairement au Canada, la Belgique autorise l'AMM pour les troubles mentaux depuis l'origine de la loi, mais les cas sont complexes et peu nombreux. Une triple évaluation est requise pour les pathologies psychiatriques. Toutefois, plusieurs controverses ont révélé des failles dans l'encadrement, notamment en cas de désaccord entre les médecins ou de consentement contesté.

Luxembourg (2009) :
La loi luxembourgeoise est proche du modèle belge, avec des critères semblables et un accès réservé aux résidents. Les cas sont moins nombreux, mais la législation repose sur la même idée d'un droit individuel au soulagement d'une souffrance durable et intolérable, qu'elle soit d'origine physique ou psychique.

Suisse : suicide assisté sans condition médicale stricte

La Suisse se distingue par un cadre légal unique : le suicide assisté y est dépénalisé depuis 1942, à condition qu'il ne soit pas motivé par un « mobile égoïste ». Il n'existe pas de loi spécifique, mais une tolérance réglementée par la jurisprudence. Des associations comme Dignitas ou Exit accompagnent les personnes qui souhaitent mourir, y compris en cas de souffrance psychologique ou de vieillissement, sans qu'un médecin doive nécessairement attester d'une pathologie incurable.

Ce modèle suscite des débats sur le « tourisme de la mort », mais il est perçu comme respectant le droit à l'autonomie, tout en maintenant des garde-fous déontologiques.

États-Unis : un accès limité et strictement réservé aux malades en fin de vie

Aux États-Unis, dix États et le District de Columbia ont légalisé une forme de suicide médicalement assisté, souvent

appelée *Death with Dignity*. Les conditions d’accès sont particulièrement restrictives : le patient doit être en phase terminale, avec une espérance de vie inférieure à six mois, et en capacité de s’auto-administrer les médicaments. Le rôle du médecin est d’informer, de prescrire, mais non de pratiquer.

Le modèle américain insiste fortement sur la liberté individuelle et sur la réduction du rôle de l’État dans la décision. Toutefois, aucun État américain n’autorise actuellement l’AMM pour souffrance psychique ou maladie non mortelle.

Autres modèles émergents : évolution lente, résistances fortes

Allemagne :
En 2020, la Cour constitutionnelle a jugé que l’interdiction du suicide assisté violait la dignité humaine. Depuis, un vide juridique persiste, mais le débat sur la légalisation d’un cadre précis reste vif. L’accompagnement à la mort pourrait être reconnu comme une composante du droit à l’autodétermination.

Espagne (2021) et **Portugal (2023)** :
Ces pays ont récemment adopté des lois encadrant l’euthanasie et le suicide assisté pour les patients souffrant de maladies graves et incurables, provoquant des souffrances insupportables. Les deux régimes exigent une évaluation médicale rigoureuse et plusieurs étapes de confirmation.

Australie :
L'euthanasie est légale dans plusieurs États australiens depuis 2019, avec un encadrement très strict. Le critère de « fin de vie » est requis, et les pathologies psychiatriques ne donnent pas accès à l'AMM.

Une singularité canadienne : l'AMM pour les troubles mentaux

Aucun autre pays ne s'est engagé aussi explicitement que le Canada vers une légalisation spécifique de l'AMM pour les troubles mentaux, en tant que catégorie isolée et sans comorbidité physique. Cette orientation fait du Canada un laboratoire éthique, juridique et clinique à l'échelle mondiale. Plusieurs pays observent avec prudence l'évolution du régime canadien, en particulier ses implications sur la vulnérabilité, la santé mentale, et la perception sociale du suicide.

Ce débat met en tension deux visions opposées :

- une vision individualiste fondée sur le respect absolu de l'autonomie, quel que soit le contexte ;
- une vision socialement contextualisée, insistant sur les risques de pression implicite, de biais systémique et d'inégalités sociales.

Leçons comparatives pour le Canada

L’expérience internationale met en évidence plusieurs éléments clés que le Canada pourrait considérer dans ses réformes futures :

1. **Un encadrement indépendant renforcé**, comme les commissions de contrôle aux Pays-Bas et en Belgique, permet d’assurer une reddition de comptes transparente et continue.

2. **La distinction entre souffrance médicale et souffrance sociale** devrait être clarifiée dans l’évaluation des demandes, notamment pour les personnes en situation de précarité ou de handicap.

3. **La formation spécialisée des évaluateurs** (notamment psychiatres) s’avère indispensable, surtout pour juger de la capacité à consentir dans les cas de troubles mentaux.

4. **Un accès universel aux soins palliatifs, à la santé mentale et aux services sociaux** doit précéder ou accompagner l’accès à l’AMM, afin que le choix de mourir ne compense jamais l’absence d’alternatives dignes.

Vers une société du choix ? AMM, autonomie et vulnérabilité

Introduction : une société face à sa propre finitude

L'expansion progressive de l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada invite à une réflexion plus large que le seul cadre législatif. Au cœur des débats se trouve une interrogation anthropologique et sociale : que révèle cette légalisation élargie de notre conception contemporaine de la dignité, de la vulnérabilité, et du rôle de la collectivité face à la souffrance humaine ?

La société canadienne se dirige-t-elle vers une époque où mourir ne relèvera plus d'un événement médical ou existentiel exceptionnel, mais d'un acte de choix personnel parmi d'autres ? Cette perspective, qui repose sur l'autonomie individuelle, provoque une tension entre deux impératifs fondamentaux : le respect du droit à disposer de soi et la responsabilité sociale de protéger les plus fragiles.

Le paradigme du choix : autonomie ou illusion d'autonomie ?

La légalisation de l'AMM repose en grande partie sur la reconnaissance de l'autonomie comme valeur suprême. Cette autonomie est pensée comme la capacité de décider pour soi-même, y compris de sa propre mort, lorsque la souffrance

devient insupportable ou que la qualité de vie est jugée intolérable.

Dans cette perspective, l’AMM devient l’ultime expression d’un droit fondamental : celui de choisir comment et quand mourir, dans un cadre encadré, digne et sans souffrance. Le Canada pousse cette logique jusqu’à envisager l’AMM pour des personnes qui ne sont pas en fin de vie, ou dont la souffrance est d’origine exclusivement psychique — un choix que très peu de sociétés ont osé entériner.

Mais cette autonomie est-elle toujours réelle ? Ne risque-t-elle pas, dans certaines situations, d’être une autonomie de façade, dictée par l’isolement, la pauvreté, le manque de soins, ou l’absence de reconnaissance sociale ?

La vulnérabilité : une réalité persistante, un défi éthique

Les débats autour de l’AMM révèlent que certaines demandes d’aide à mourir ne sont pas seulement motivées par la maladie, mais par des déterminants sociaux : précarité, solitude, inaccessibilité aux soins de santé mentale, marginalisation des personnes handicapées ou âgées. Dès lors, la légalisation de l’AMM risque de devenir une solution offerte à ceux pour qui la société n’offre plus d’alternatives viables pour vivre dignement.

Offrir le « choix » de mourir à ceux qui n’ont pas vraiment eu le choix de vivre dans des conditions justes et décentes soulève une question profonde : une société peut-elle être dite libre si

elle laisse ses membres les plus vulnérables considérer la mort comme préférable à la vie ?

La reconnaissance de la vulnérabilité n'implique pas nécessairement une limitation du droit à mourir, mais elle oblige à renforcer les mécanismes de soutien, de prévention, d'accompagnement, et d'accès à des soins de qualité pour que le choix soit réellement éclairé, libre et non contraint.

AMM et justice sociale : un équilibre à construire

L'AMM, dans une société équitable, ne peut être pensée isolément. Elle doit s'inscrire dans une politique de justice sociale plus large. Cela suppose :

- Un accès universel aux soins palliatifs, à la santé mentale et au soutien psychosocial ;
- Des mécanismes robustes de surveillance, d'évaluation et de reddition de comptes ;
- Une formation accrue des professionnels sur les enjeux de capacité, de souffrance existentielle, et de consentement libre ;
- Une réflexion publique continue sur les normes culturelles entourant la dignité, la vieillesse, la maladie, et le handicap.

Il ne s'agit pas d'interdire l'AMM au nom de la peur ou de la morale, mais de créer un environnement où elle n'apparaît pas comme une issue par défaut. Le respect de l'autonomie doit

aller de pair avec la garantie que d'autres voies restent ouvertes, soutenues et accessibles.

Une société du choix… ou de la responsabilité ?

Le terme de « société du choix » peut apparaître séduisant : il évoque la liberté, la souveraineté personnelle, le progrès. Mais il comporte aussi une part de risque si ce choix est offert sans responsabilité collective, sans garantie d'équité, sans contrepoids éthique.

Une société juste n'est pas seulement celle qui permet de choisir sa mort, mais celle qui s'efforce inlassablement de rendre la vie vivable pour tous, jusqu'au dernier instant. L'AMM ne peut remplacer une politique de soins, de solidarité et d'écoute. Elle doit en être le complément, jamais le substitut.

Conclusion : réconcilier autonomie, solidarité et vigilance

Le Canada a choisi d'ouvrir des chemins nouveaux en matière de fin de vie. Ce choix, légitime, doit s'accompagner d'une exigence accrue de vigilance, de prudence et de lucidité. Il nous revient collectivement de veiller à ce que l'autonomie ne devienne pas un abandon, et que le droit de mourir ne masque pas l'échec à faire vivre.

L'AMM, bien encadrée, peut être une avancée en humanité. Mais elle oblige à repenser la société que nous voulons : non seulement une société du choix, mais aussi une société du soin, du lien, et de la justice.

Chapitre VI - Qui choisit l’AMM ?

Profil des personnes ayant recours à l’aide médicale à mourir au Canada

Un recours en croissance constante

Depuis l’entrée en vigueur de la Loi C-14 en 2016, le nombre de demandes et d’administrations d’aide médicale à mourir au Canada est en **augmentation continue**. En 2022, **13 241 personnes** ont reçu l’AMM, ce qui représentait environ **4,1 % de tous les décès** au Canada cette année-là. Ce taux varie légèrement selon les provinces, allant de **0,9 % à Terre-Neuve** à plus de **5 % au Québec**.

Le recours à l’AMM est donc devenu **un phénomène structurant** du paysage médical en fin de vie, loin d’un usage marginal ou exceptionnel. Cette tendance à la hausse s’observe également dans d'autres pays où la pratique est légale depuis longtemps, comme aux Pays-Bas ou en Belgique.

Âge, sexe et répartition démographique

Les personnes qui reçoivent l’AMM sont en **grande majorité âgées**. Voici la répartition par groupe d’âge en 2022 :

Groupe d’âge	Pourcentage (%)
Moins de 45 ans	0,4 %
45 à 64 ans	16,5 %
65 à 74 ans	27,6 %
75 à 84 ans	28,9 %
85 ans et plus	26,6 %

L’âge moyen est de **76,3 ans**. Le profil type est donc celui d’un **aîné de plus de 75 ans**, souvent retraité, atteint d’une maladie grave et irréversible.

Concernant le sexe :

- **53 %** des bénéficiaires étaient **des hommes**
- **47 %** étaient **des femmes**

Cette légère surreprésentation masculine semble stable d’année en année.

Les diagnostics médicaux les plus fréquents

Les causes médicales ayant motivé l’AMM sont clairement identifiées dans les rapports de Santé Canada. En 2022, les diagnostics principaux étaient les suivants :

Diagnostic principal	Pourcentage (%)
Cancer (toutes formes)	63,0 %
Maladies cardiovasculaires	18,2 %
Maladies neurologiques (ex. SLA, Parkinson)	13,2 %
Maladies pulmonaires chroniques	11,3 %
Maladies multiples liées au vieillissement	10,5 %
Douleurs chroniques	7,5 %

Plusieurs personnes présentent **plus d’un diagnostic grave**. Par exemple, un patient atteint à la fois de cancer et de démence peut être compté dans plusieurs catégories secondaires.

Les troubles mentaux **ne sont pas encore inclus** dans les statistiques de Santé Canada à titre de motif principal, car la disposition législative qui les permettait n’était pas encore en vigueur au moment de la publication du rapport 2022.

Conditions d’admission et souffrance

Le critère principal d’éligibilité à l’AMM demeure l’existence de **souffrances physiques ou psychologiques jugées intolérables**, causées par une maladie grave et irréversible. En 2022 :

- **86,3 %** des personnes ont déclaré que leur perte d’autonomie physique constituait **la raison principale** de leur demande.
- **81,9 %** mentionnaient une perte de capacité à s’adonner aux activités de la vie quotidienne comme motif fondamental.

Il convient de noter que **la douleur** physique n’est pas nécessairement présente chez tous les patients. Une proportion non négligeable exprime plutôt une **souffrance existentielle** ou liée à la perte de sens de la vie.

Contexte géographique et accès

Le profil géographique montre également des disparités :

Province ou territoire	Pourcentage des décès attribués à l’AMM (2022)
Québec	5,1 %
Colombie-Britannique	5,0 %
Ontario	4,1 %
Alberta	3,1 %
Saskatchewan	1,7 %
Nouvelle-Écosse	3,3 %
Manitoba	1,6 %
Terre-Neuve-et-Labrador	0,9 %

Les taux plus élevés dans l’Est (notamment au Québec) reflètent un accès plus large, mieux organisé et moins stigmatisé dans certains systèmes provinciaux. En revanche, les régions rurales ou éloignées, les territoires du Nord et certaines populations autochtones y ont un accès limité voire inexistant.

Milieu de vie et type de décès

En 2022 :

- **52,5 %** des AMM ont eu lieu **à domicile**
- **33,6 %** ont eu lieu **en hôpital**
- **11,6 %** dans des centres de soins palliatifs

- **2,3 %** dans d’autres types d’établissements (ex. : CHSLD, cliniques communautaires)

Cette statistique met en lumière un **choix majoritaire pour une mort dans l’environnement personnel**, dans une logique d’intimité et d’autonomie. Les services de soins palliatifs intégrant l’AMM varient fortement selon les régions et établissements.

Résumé : portrait-type de la personne ayant recours à l’AMM

Le profil type est celui d’une personne :

- Âgée de plus de 75 ans
- Diagnostiquée avec un cancer ou une combinaison de maladies chroniques dégénératives
- Exprimant une perte de contrôle, une dégradation fonctionnelle ou une souffrance jugée intolérable
- Résidant en milieu urbain ou semi-urbain avec accès facilité à l’AMM
- Privilégiant un décès à domicile dans un cadre privé

Références :

1. https://www.pexels.com/fr-fr/photo/flore-cimetiere-pierres-tombales-tombe-8963669/
2. https://www.pexels.com/fr-fr/photo/paysage-du-cimetiere-262271/
3. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7e éd.). Oxford University Press.
4. Kant, I. (1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*.
5. Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press.
6. Canadian Medical Association. (2020). *MAiD Policy*. https://www.cma.ca
7. Downie, J., & Chandler, J. A. (2020). "Interpreting Canada's Medical Assistance in Dying (MAiD) Legislation." *Health Law in Canada*, 40(2), 35–45.
8. Hurst, S. A., & Mauron, A. (2003). "The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values." *Palliative Medicine*, 17(1), 41–46.
9. Denier, Y., et al. (2012). *Justice and Vulnerability in Health Care: Ethical and Social Perspectives*. Springer.
10. Gouvernement du Canada. (2021). *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. https://www.justice.gc.ca

11. Quill, T. E., & Battin, M. P. (2004). *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care and Patient Choice*. Johns Hopkins University Press.

12. Sulmasy, D. P. (2013). “Dignity and the Ends of Life.” *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(2), 219–229.

13. Callahan, D. (1993). “The Troubled Dream of Life: Living with Mortality.” *Simon & Schuster*.

14. Gauthier, S., & Ferrier, N. (2019). “Souffrance, dignité et autonomie : repères pour une éthique de l’AMM.” *Éthique publique*, 21(1).

15. Downie, J., & Lloyd-Smith, L. (2021). “Autonomy and Vulnerability in Assisted Dying.” *Bioethics*, 35(2), 135–142.

16. Gouvernement du Québec. (2015). *Loi concernant les soins de fin de vie*.

17. Canadian Hospice Palliative Care Association. (2020). *The Pan-Canadian Framework on Palliative Care*.

18. Angus Reid Institute. (2023). *Canadians’ Views on Medical Assistance in Dying (MAiD)*.

19. Léger Marketing. (2022). *Sondage sur l’aide médicale à mourir au Canada*.

20. Association médicale canadienne. (2020). *Sondage sur les perceptions des médecins à propos de l’AMM*.

21. Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), [1993] 3 SCR 519.

22. Carter v. Canada (Attorney General), [2015] 1 SCR 331.

23. Généreux, M., & Racine, E. (2019). "L'opinion publique et les enjeux éthiques de l'AMM au Canada." *BioéthiqueOnline*, 8.

24. Gouvernement du Canada. (2021). *Loi C-7 : modifications à l'aide médicale à mourir*.

25. Groupe Dying With Dignity Canada. (2022). *État des lieux sur le droit de mourir au Canada*.

26. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2020). *Soins palliatifs au Canada : perspectives, lacunes et enjeux*.

27. Canadian Hospice Palliative Care Association. (2016). *The National Framework for Palliative Care in Canada*.

28. Downie, J., & Scallion, K. (2019). "Palliative Care and MAiD in Canada: Legally and Ethically Compatible." *Healthcare Management Forum*, 32(5), 272–276.

29. Gauthier, S., Nadeau, L., & Rousseau, P. (2019). "L'AMM et les soins palliatifs : confrontation ou complémentarité ?" *Éthique publique*, 21(1).

30. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

31. Gouvernement du Québec. (2023). *Plan d'action ministériel pour le développement des soins palliatifs et de fin de vie*.

32. Leiva, R., et al. (2021). "Conflicts Between Institutional Conscience and Patient Access in Medical Assistance in Dying." *Journal of Medical Ethics*, 47(8), 556–560.

33. **Code criminel du Canada**, R.S.C. 1953, c. C-34, articles 206 (suicide) et 222-229 (homicide).

34. **Canadian Department of Justice**. *A History of the Criminal Code*. Gouvernement du Canada, archives numériques.

35. Smith, G. (2001). *A Matter of Life and Death: The Legal Regulation of Euthanasia in Canada*. University of Toronto Press.

36. Downie, J., & Lloyd-Smith, M. (2015). *The Ethics and Law of Assisted Death*. Irwin Law.

37. Somerville, M. (2001). *Death Talk: The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. McGill-Queen's University Press.

38. Dussault, J. (1967). *Droit criminel canadien*, Tome I, Les infractions contre la personne. Montréal : Wilson & Lafleur.

39. Weisstub, D.N. (1984). *Suicide and the Law: Rights, Responsibilities and Rationality*. Canadian Journal of Law and Jurisprudence.

40. **Code criminel du Canada**, R.S.C. 1970, modifié en 1972 pour abroger l'article criminalisant la tentative de suicide.

41. Commission de réforme du droit du Canada. *Working Paper 28: Criminal Law – The General Part* (1972).

42. Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). *Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations*. Transcultural Psychiatry, 35(2).

43. McIntyre, T. M., & Meier, M. J. (1997). *The Depenalization of Suicide in Canada and Its Impact on Public Health*. Canadian Medical Association Journal, 156(12).

44. Weisstub, D. N. (1984). *Suicide and the Law: Rights, Responsibilities and Rationality*. Canadian Journal of Law and Jurisprudence.

45. Government of Canada, Department of Justice. *Criminal Law Reform: Milestones in the History of Canadian Criminal Law* (1970–1980).

46. Somerville, M. (2001). *Death Talk: The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. McGill-Queen's University Press.

47. **Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)**, [1993] 3 R.C.S. 519.

48. Downie, J. (2004). *Dying Justice: A Case for Decriminalizing Euthanasia and Assisted Suicide in Canada*. University of Toronto Press.

49. Somerville, M. (2001). *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. McGill-Queen's University Press.

50. Schuklenk, U., van Delden, J.J.M., Downie, J., McLean, S.A.M., Upshur, R., & Weinstock, D. (2011). *End-of-Life Decision-Making in Canada: The Rodriguez Case and Its Aftermath*. Bioethics, 25(1).

51. Gilmour, J. M. (2015). *Assisted Dying and the Common Good: Reflections on the Legacy of Sue Rodriguez*. Canadian Journal of Law and Society, 30(1).

52. Honsberger, P. (1993). “The Law and Assisted Suicide: An Analysis of Rodriguez v. B.C.” *Canadian Bar Review*, 72.

53. Dying With Dignity Canada. (2023). *Rodriguez Case Timeline and Legacy*. www.dyingwithdignity.ca

54. British Columbia Civil Liberties Association (BCCLA). (2010). *Carter Legal Challenge Overview*.

55. Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. (2012). *Rapport : Mourir dans la dignité*. Assemblée nationale du Québec.

56. Dying With Dignity Canada. (2009–2010). *Chronologie des mobilisations en faveur de l'AMM*.

57. Downie, J., & Sherwin, S. (2010). *A Feminist Exploration of Issues around Assisted Death*. Journal of Social Philosophy, 41(2).

58. Somerville, M. (2009). *The Ethical Impossibility of Euthanasia*. McGill Law Journal, 54(3).

59. Gruben, V. (2011). *End-of-Life Law and Policy in Canada: Complexities, Contradictions and Challenges*. Health Law Journal, 19.

60. Ipsos-Reid. (2007). *Public Support for Euthanasia in Canada Reaches New Highs*.

61. Wiebe, E., & Green, S. (2008). *Assisted Death: The Ongoing Debate in Canada*. Canadian Family Physician, 54(3).

62. *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2015] 1 R.C.S. 331.

63. Downie, J., & Chandler, J.A. (2015). *Interpreting the Carter Decision*. Dalhousie Law Journal, 38(1).

64. British Columbia Civil Liberties Association (BCCLA). (2015). *Case Summary: Carter v. Canada*.

65. Somerville, M. (2015). *Reflections on Carter: Ethical Challenges*. Canadian Medical Association Journal, 187(9).

66. Schneiderman, B. (2015). *A Charter Revolution? Carter and the Rights of the Terminally Ill*. University of Toronto Law Journal, 65(2).

67. Rodriguez, M. (2016). *From Rodriguez to Carter: Constitutional Shifts in End-of-Life Law in Canada*. Canadian Journal of Bioethics, 2(1).

68. Canada (Ministry of Justice). (2016). *Backgrounder on the Carter Decision and Legislative Response*.

69. Dying With Dignity Canada. (2015). *Historic Win for End-of-Life Rights in Canada*. www.dyingwithdignity.ca

70. Loi C-14 (2016), *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. Sanctionnée le 17 juin 2016. Gouvernement du Canada.

71. Gouvernement du Canada. (2016). *Document d'information – L'aide médicale à mourir*. Justice.gc.ca.

72. Downie, J. (2016). *Permitting Voluntary Euthanasia and Assisted Suicide: Law Reform Pathways for Common Law Jurisdictions*. University of Toronto Law Journal, 66(1).

73. Dying With Dignity Canada. (2016). *Reaction to the Adoption of Bill C-14*. www.dyingwithdignity.ca.

74. Ogilvie, M. (2017). *Medical Assistance in Dying in Canada: Legal, Ethical and Clinical Reflections*. Canadian Journal of Bioethics.

75. Ontario Hospital Association. (2016). *Guide sur la mise en œuvre de l'AMM à l'intention des établissements de santé*.

76. Lemmens, T. (2017). *Charter Conflicts in the Wake of Carter: The Limits of the Liberal Legal Model*. Health Law in Canada, 37(2).

77. Gouvernement du Canada. (2016). *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, Loi C-14. https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-14/sanction-royale

78. Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792. https://www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2019/2019qccs3792/2019qccs3792.html

79. Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie (2021). *Rapport final*. Québec : Assemblée nationale du Québec.

80. Downie, J. & Chandler, J. A. (2018). Interpreting Canada's Medical Assistance in Dying Legislation. *Health Law in Canada*, 38(4), 122–132.

81. Association canadienne pour le droit et la santé. (2017). *Mise en œuvre de l'aide médicale à mourir : défis éthiques, juridiques et cliniques*. Ottawa.

82. Groupe d'experts fédéral-provincial-territorial sur l'AMM. (2018). *Rapport sur l'évaluation de l'accès à l'aide médicale à mourir au Canada*. Santé Canada.

83. Gouvernement du Canada. (2021). *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) - Loi C-7*. https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-7/sanction-royale

84. Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792. https://www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2019/2019qccs3792/2019qccs3792.html

85. Parlement du Canada. (2020). *Consultations sur l'élargissement de l'AMM : Rapport sommaire*. Ottawa.

86. Rapport du Groupe d'experts sur l'AMM et les troubles mentaux. (2022). *Recommandations pour un encadrement clinique et éthique*. Santé Canada.

87. Downie, J., & Chandler, J. (2021). Canada's Evolving Medical Assistance in Dying Framework: The New C-7 Legislation. *Canadian Medical Association Journal*, 193(23), E853–E856.

88. United Nations Human Rights Council. (2021). *Report on the Rights of Persons with Disabilities and Euthanasia Policies*. Genève.

89. Gouvernement du Canada. (2021). *Loi C-7 : Aide médicale à mourir et exclusion temporaire des troubles mentaux*. https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/amc-maid/c7-fs.html

90. Groupe d'experts sur l'AMM et les troubles mentaux. (2022). *Recommandations sur un cadre législatif et clinique*. Ottawa : Santé Canada.

91. Rapporteur spécial de l'ONU sur les droits des personnes handicapées. (2021). *Observations sur les politiques canadiennes en matière de suicide assisté*.

92. Association des psychiatres du Canada. (2023). *AMM et troubles mentaux : Position officielle et balises professionnelles*. https://www.cpa-apc.org/fr

93. Lemmens, T. (2022). Vulnerability, Mental Illness, and the Ethics of MAID. *Canadian Journal of Bioethics,* 5(2), 11–19.

94. Standing Committee on Justice and Human Rights. (2023). *The State of Readiness for MAiD and Mental Illness in Canada*. Ottawa.

95. Conseil des académies canadiennes. (2018). *L'aide médicale à mourir chez les mineurs matures : Rapport d'examen*. Ottawa.

96.Gouvernement du Canada. (2021). *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) - Loi C-7*. https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/amc-maid/

97.Van Wesemael, Y. et al. (2019). Pediatric Euthanasia in Belgium: An Analysis of the First Cases Under the New Law. *Journal of Medical Ethics*, 45(4), 227–232.

98.Canadian Pediatric Society. (2020). *Position sur l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs pédiatriques*. https://www.cps.ca

99.Downie, J., & Chandler, J. (2022). *Les mineurs matures et la fin de vie : Réflexions éthiques et juridiques au Canada*. Revue canadienne de bioéthique.

100.Netherlands Regional Euthanasia Review Committees. (2023). *Annual Report on Euthanasia Practices in the Netherlands*.

101.Downie, J., & Dembo, J. (2021). *Medical Assistance in Dying and the Ethics of Care*. Canadian Medical Association Journal, 193(14), E514–E517.

102.Gouvernement du Canada. (2016). *Loi C-14 – L'aide médicale à mourir*. https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/amc-maid/

103.Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. (2018). *Professional Obligations and Human Rights*. Toronto.

104.Buchman, S. (2020). *The Emotional Impact of MAiD on Physicians*. Journal of Palliative Medicine, 23(7), 932–936.

105.Société canadienne des soins palliatifs. (2023). *Formation et pratiques en AMM au Canada : rapport de terrain*.

106.Canadian Nurses Association. (2022). *MAiD and the Role of Nurse Practitioners*. Ottawa.

107.Comité sénatorial sur les affaires sociales. (2024). *Soins de fin de vie et santé mentale des professionnels : Recommandations pour un encadrement éthique*.

108.*Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519.

109.Downie, J. (2004). *Dying Justice: A Case for Decriminalizing Euthanasia and Assisted Suicide in Canada*. University of Toronto Press.

110.Somerville, M. (1994). *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. McGill-Queen's University Press.

111.Dying With Dignity Canada. (2020). *Sue Rodriguez: Her legacy lives on*. https://www.dyingwithdignity.ca

112.Schneiderman, B. (2013). “Sue Rodriguez and the Supreme Court of Canada: 20 Years Later.” *Health Law Review*, 21(2), 8–12.

113. *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2015] 1 RCS 331.

114. Downie, J., & Chandler, J. A. (2015). "Interpreting Carter v. Canada (Attorney General)." *Health Law in Canada*, 36(4), 109–112.

115. Lemmens, T. (2015). "Charter Rights and Health Care Funding: A Constitutional Right to Publicly Funded Health Care?" *McGill Journal of Law and Health*, 8(2), 1–36.

116. Gouvernement du Canada. (2015). *Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada*.

117. Somerville, M. (2016). *Bird on an Ethics Wire: Battles about Values in the Culture Wars*. McGill-Queen's University Press.

118. *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792.

119. Baudouin, C. (2019). *Jugement Truchon : une lecture constitutionnelle des droits en fin de vie*. Cour supérieure du Québec.

120. Downie, J., & Chandler, J. A. (2020). "The Aftermath of Truchon: Redesigning Canada's Medical Assistance in Dying Law." *Journal of Ethics in Mental Health*, 12(2).

121. Gouvernement du Canada. (2020). *Consultations sur l'AMM : Rapport de synthèse*.

122.Fédération canadienne des sciences humaines. (2020). *AMM et handicap : Éthique, droits et vulnérabilité*.

123.Cour supérieure de l'Ontario, **Dossier Scully et Brosseau c. Procureur général du Canada** (en instance, 2023–).

124.Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale (2022). *Rapport final sur les considérations cliniques et éthiques*.

125.Downie, J. (2023). "Psychiatric Suffering and the Right to Die in Canada." *Canadian Journal of Psychiatry*, 68(1), 14–20.

126.Lemmens, T. (2023). "Delaying Death? Constitutional Tensions in Canada's AMM Framework." *Health Law Journal*, 31, 101–132.

127.Association des psychiatres du Canada. (2023). *Énoncé de position sur l'AMM et les troubles mentaux*.

128.Downie, J., & Scallion, K. (2022). "Institutional Conscience and the Limits of Refusal." *Health Law in Canada*, 43(2), 47–60.

129.Commission des droits de la personne du Québec. (2021). *Position sur l'accès à l'AMM dans les établissements confessionnels*.

130.Ontario Human Rights Commission. (2022). *Access to MAiD and the Rights of Patients in Vulnerable Contexts*.

131. Boudreau, J., & al. (2023). “Capacity, Consent, and AMM: Legal Challenges in Canada.” *Canadian Bar Review*, 101(1), 123–147.

132. Projet de recours collectif (en cours d’étude), Coalition Disability Justice Canada c. Procureur général du Canada (2024).

133. Gouvernement du Canada. *Loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, 2021.

134. Groupe d’experts sur l’AMM et les troubles mentaux. *Rapport final – Recommandations pour un cadre d’évaluation rigoureux*, 2023.

135. Association des psychiatres du Canada (CPA). *Position sur l’AMM pour les personnes atteintes de troubles mentaux*, 2023.

136. Conseil des académies canadiennes. *L’aide médicale à mourir en cas de maladie mentale : Rapport d’évaluation*, 2018.

137. Downie J, Scallion K. *Medical Assistance in Dying and Mental Disorders: Ethics, Evidence and Law*, Journal of Ethics in Mental Health, 2022.

138. Lemmens T, Charland L. *The Challenges of Mental Illness and MAiD: A Cautionary Perspective*, Canadian Journal of Psychiatry, 2021.

139.Gouvernement du Canada. *Report sur la prolongation de l’exclusion des troubles mentaux dans l’AMM*, février 2024.

140.Parliament of Canada. *Debates on Bill C-7 and MAiD with Mental Disorders*, House of Commons, 2020–2024.

141.McLachlan H. *Does suffering justify euthanasia for mental illness?*, Bioethics, 2020.

142.Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD). *Soumission au Parlement du Canada sur le projet de loi C-7*, 2021.

143.Inclusion Canada. *L’AMM et les personnes en situation de handicap : Risques et dérives*, 2022.

144.Gouvernement du Canada. *Rapport du Conseil des académies canadiennes sur l’aide médicale à mourir et les groupes vulnérables*, 2021.

145.Downie J, Chandler J. *Medical Assistance in Dying and Persons with Disabilities: Legal and Ethical Challenges*, Health Law Journal, 2022.

146.CBC News. *Ontario woman chooses medically assisted death after being unable to find affordable housing*, 2022.

147.UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities. *Report on Canada and the Right to Life with Dignity*, 2019.

148.MacKay C. *Dying for Dignity or Dying for Support? Disability and the Limits of Choice in MAiD*, Journal of Disability Ethics, 2023.

149.Friedland H. *Capacitism and the MAiD Debate in Canada*, Canadian Journal of Disability Studies, 2022.

150.Arvay J. *Equality, Autonomy and Vulnerability in Medical Assistance in Dying*, Lecture at Osgoode Hall Law School, 2021.

151.Centre canadien de politiques alternatives (CCPA). *Inégalités sociales et accès à l'AMM au Canada*, rapport de recherche, 2022.

152.Government of Canada. *Fourth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2022*, Ottawa, 2023.

153.Lemmens T, Shariff M. *Medical Assistance in Dying and Social Vulnerability: Ethical Challenges*, Canadian Journal of Public Health, 2021.

154.Office des droits des personnes handicapées du Québec. *L'AMM et les droits sociaux : regard critique*, 2023.

155.MacDonald M-E, Downie J. *Social Suffering and Medical Assistance in Dying: Addressing Systemic Injustice*, Bioethics, 2020.

156. Montero A, Rachlis M. *Health Inequalities and the Ethics of MAID*, Canadian Medical Association Journal, 2021.

157. Coalition canadienne pour la santé mentale. *L'accès aux soins en santé mentale et le risque d'AMM prématurée*, 2023.

158. Denault P. *Autonomie ou abandon ? Les failles sociales du régime canadien de l'AMM*, Droit et société, 2024.

159. Downie J, Scallion A. *Comparative Models of Medical Assistance in Dying*, Canadian Journal of Bioethics, 2022.

160. Dierickx S et al. *Euthanasia for Psychiatric Disorders in Belgium: 2002–2021*, The Lancet Psychiatry, 2022.

161. Chambaere K, Deliens L. *Monitoring Euthanasia Practice in the Netherlands and Belgium*, Journal of Medical Ethics, 2020.

162. Swiss Academy of Medical Sciences. *Assisted Suicide Guidelines*, 2022.

163. Oregon Health Authority. *Death with Dignity Act Data Summary 2023*.

164. Corte Constitucional de Alemania. *Sentencia sobre el suicidio asistido*, 2020.

165.Gouvernement d’Espagne. *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*, 2021.

166.Lemmens T, Lawford K. *Canada’s MAiD Regime in Comparative Perspective*, Osgoode Hall Review, 2023.

167.Comité sénatorial canadien. *Examen comparatif international de l’AMM*, 2022.

168.UN Human Rights Council. *Assisted Dying and the Rights of Vulnerable Populations*, 2021.

169.Nitschke P., Stewart F. *The Peaceful Pill Handbook*, Exit International, 2021.

170.Downie J. *Technology and the Right to Die: Legal and Ethical Implications of Sarco*, McGill Journal of Law and Health, 2022.

171.World Federation of Right to Die Societies. *Position Paper on the Use of Sarco Capsule*, 2021.

172.Swiss Academy of Medical Sciences. *Guidelines on Assisted Suicide and Emerging Technologies*, 2023.

173.Canadian Medical Association. *Position Statement on Autonomy, Technology and Medically Assisted Dying*, 2024.

174.Dubljević V. *Ethics of Autonomous Suicide Devices: A Bioethical Assessment*, Bioethics, 2023.

175.Conseil de l’Europe. *Recommandation 2158 sur la dignité en fin de vie*, 2019.

176. Goyette A. *L'autonomie technologique et la mort choisie : le cas du Sarco au regard du droit canadien*, Revue de bioéthique du Canada, 2024.

177. Canadian Medical Association. *Aide médicale à mourir et autonomie : position et analyse*, 2023.

178. Gauthier S. *Autonomie et vulnérabilité : les paradoxes éthiques de l'AMM*, Éthique publique, 2022.

179. Lemmens T, Bach M. *Disability and the Right to Die: Re-examining Autonomy in a Neoliberal Context*, Journal of Law & Equality, 2021.

180. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Aide médicale à mourir : Enjeux sociaux et éthiques*, 2023.

181. Downie J, Bernier N. *AMM, justice sociale et équité d'accès : une perspective canadienne*, Canadian Journal of Bioethics, 2022.

182. World Health Organization. *Palliative Care and End-of-Life Ethics*, WHO Bulletin, 2021.

183. UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities. *Assisted Dying and the Protection of Vulnerable Groups*, 2022.

184. Schuklenk U. *Ethics of Choosing Death in Liberal Societies*, Bioethics, 2023.

185.Gouvernement du Canada. *Projet de loi C-7 : Modifications au Code criminel sur l'aide médicale à mourir*, 2021.

186.Lemmens T. *Advance Requests and Medical Aid in Dying: Ethical and Legal Reflections*, Canadian Bioethics Review, 2022.

187.Downie J. *Directive Anticipée et AMM : Comment encadrer le consentement différé*, McGill Law Journal, 2023.

188.Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie (Québec). *Rapport final*, 2021.

189.Chambaere K., Deliens L. *Advance Euthanasia Directives in Belgium and the Netherlands: Law, Practice and Controversies*, The Lancet Regional Health – Europe, 2022.

190.Collège des médecins du Québec. *Lignes directrices pour l'AMM par consentement anticipé*, 2024.

191.World Medical Association. *Ethical Challenges of Advance Requests for Euthanasia*, 2023.

192.Conseil canadien des académies. *Les demandes anticipées d'AMM : État des connaissances et recommandations*, 2022.

193. Gouvernement du Canada. **Troisième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada (2022)**. Ottawa : Santé Canada, publié en juillet 2023.

194. AMM Québec. **Rapport de la Commission sur les soins de fin de vie**, 2022-2023.

195. Downie, J., & Scallion, K. (2022). "Medical assistance in dying in Canada: Legal, ethical, and policy perspectives." *Canadian Journal of Bioethics*.

196. Chambaere, K., et al. (2021). "International trends in assisted dying: Canada's evolving model." *Lancet Public Health*.

Biographie de l’auteur



Michaël Bégin est un auteur multidisciplinaire engagé, passionné par les grandes questions sociales, médicales et éthiques de notre époque. Il consacre sa vie à écrire, à réfléchir et à agir pour un monde plus juste, plus humain, et plus lucide.

Autodidacte curieux et tenace, il a conçu une encyclopédie virtuelle à visée éducative et citoyenne, un projet colossal sur lequel il a travaillé pendant plus d’un an.

Cette œuvre, pourtant pensée pour éclairer le public, a été censurée et progressivement déréférencée par les algorithmes des grandes plateformes, révélant l’inquiétante fragilité de la liberté d’informer à l’ère numérique.

Mais loin de se taire, Michaël a poursuivi son travail en publiant **36 livres**, dont **une trentaine en médecine**, accessibles gratuitement en ligne. Son approche vulgarise avec rigueur des notions complexes, dans le but de rendre le savoir médical accessible à tous.

Michaël ne se limite pas à l’écriture. Il pratique **l’informatique, le graphisme** et l’enregistrement **de balados (podcasts)**, où sa voix engagée explore des sujets souvent évités : précarité, santé mentale, fin de vie, revenu de base, écologie urbaine. Sur le terrain, il agit aussi : il **vient en aide aux personnes en situation d’itinérance**, **ramasse spontanément les déchets dans la rue**, et **grimpe des montagnes**, comme pour rappeler qu’on peut toujours chercher à s’élever, même au milieu du chaos.

Animateur actif de plusieurs **pages Facebook** sur des sujets comme **l’aide médicale à mourir pour les troubles mentaux** ou **le revenu universel inconditionnel**, il milite pour une société qui respecte la liberté de chacun, y compris celle de mourir dans la dignité.

À travers tous ses projets, une constante demeure : **donner une voix à ceux que l'on n'écoute pas**, dénoncer l'injustice avec calme mais fermeté, et refuser que la souffrance soit invisibilisée au nom du confort collectif.

Tous ses ouvrages sont accessibles gratuitement ici :

archive.org/details/@micha_l_b_gin/uploads

https://www.unesante.com

Réalisations de l'auteur

1. ***L'aide médicale à mourir – Tirer la plus!***
2. ***La bible médicale***
3. ***La défaite électorale***
4. ***Le combat contre le cancer***
5. ***Le pouvoir des plantes***
6. ***Les bouleversements du climat et de la nature***
7. ***Les classes des médicaments***
8. ***Les dérèglements irréversibles du climat et de la nature***
9. ***Les infections***
10. ***Les infections sexuellement transmissibles***
11. ***Les maladies auto-inflammatoires***
12. ***Les maladies cutanées***
13. ***Les maladies des mains***

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR
Tirer la plug!
Michaël Bégin

Et si le droit de mourir devenait le dernier droit à conquérir ?

En quelques années, le Canada est devenu l'un des pays les plus avancés au monde en matière d'aide médicale à mourir. Ce changement n'est pas né d'un consensus, mais d'un affrontement : entre la compassion et la crainte, entre le droit à la dignité et les tabous de la fin de vie.

Ce livre retrace l'histoire de cette transformation. Des premières luttes judiciaires aux lois les plus récentes, en passant par les dilemmes vécus sur le terrain par les soignants, les proches et les patients eux-mêmes.

Loin des caricatures, il explore les tensions entre éthique, autonomie, souffrance, et société. Il interroge notre rapport à la mort, notre capacité à entendre la douleur des autres, et ce que signifie véritablement « mourir dans la dignité ».

Entre récit documentaire et réflexion profonde, cette œuvre propose un regard lucide sur l'un des plus grands bouleversements de notre temps.